

Université de Sherbrooke

Les comités des usagers devant les situations de maltraitance envers les aînés au Québec. Portée et limites de leurs actions de défense des droits.

Par  
MARIE-ÈVE BÉDARD

Doctorat en gérontologie

Thèse présentée à la Faculté des lettres et sciences humaines  
en vue de l'obtention du grade de  
docteur (Ph. D.) en gérontologie

(Sherbrooke, mai 2018)  
© Marie-Ève Bédard, 2018

Université de Sherbrooke

Les comités des usagers devant les situations de maltraitance envers les aînés au Québec. Portée et limites de leurs actions de défense des droits.

Par

Marie-Ève Bédard

Cette thèse a été évaluée par un jury composé  
des personnes suivantes :

Marie Beaulieu, directrice de recherche  
Éric Gagnon, codirecteur de recherche  
Sébastien Carrier, membre interne  
Denis Marceau, membre interne  
Hélène Carbonneau, membre externe

Doctorat en gérontologie  
Faculté des lettres et sciences humaines

À la mémoire de mon grand-père, Yvon.

Un médecin compétent et consciencieux, qui fredonnait, du lundi au dimanche,

des extraits d'opéras célèbres.

Un homme d'exception, qui a su faire une différence dans la vie de personnes

qui en avaient grandement besoin.

J'ai toujours voulu « être docteur », comme mon grand-père...

## **Remerciements**

Je tiens à remercier sincèrement et chaleureusement ma directrice et mon codirecteur de recherche pour leur collaboration et leur soutien. Mme Marie Beaulieu, merci pour votre amour de la recherche, votre passion et votre rigueur, qui m'ont inspiré et guidé tout au long de la réalisation de cette étude. Merci pour vos conseils judicieux, dans la vie, comme dans la recherche, votre disponibilité et votre écoute. Monsieur Éric Gagnon, merci pour vos conseils de recherche, toujours justes et précis. Malgré la distance, ces conseils, tellement clairs, m'ont permis d'approfondir les données, de mieux les comprendre, et de rédiger chapitre après chapitre.

Je veux remercier Mme Hélène Carbonneau, qui a été ma directrice de recherche à la maîtrise et qui aujourd'hui, est membre de mon jury de thèse. Merci pour votre engagement et votre intérêt envers mes travaux.

Je tiens à remercier, du fond du cœur, la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, pour les nombreuses bourses de recherche et de valorisation des travaux, qu'elle m'a accordées. Ces bourses m'ont soutenu financièrement pour la réalisation de cette étude, mais aussi pour son rayonnement, en me permettant de participer à des congrès internationaux et nationaux. J'ai pu ainsi découvrir le monde et me créer un réseau de contacts. En étant membre de cette Chaire, j'ai aussi eu la chance de côtoyer et de travailler avec des collègues en or, dont Caroline, Roxane et Marie.

Je veux remercier le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, du Gouvernement du Québec, de m'avoir accordé une bourse de doctorat en recherche.

Cette bourse a été une aide financière inestimable pour réaliser cette étude, et une reconnaissance importante de la qualité de mes travaux.

Je veux remercier chaleureusement les membres des trois comités des usagers qui ont participé à cette recherche. Merci pour votre temps et votre dévouement. Sans vous, la réalisation de cette étude n'aurait pas été possible.

Je tiens à remercier mes parents, Alain et Josée, et mon frère, Patrick, pour votre amour inconditionnel, vos encouragements et votre soutien.

En terminant, je veux remercier mon amoureux, Patrick, pour ton amour, ta patience, tes encouragements et ta fierté à mon égard. Je t'aime profondément.

*« J'ai appris que le courage n'est pas l'absence de peur, mais la capacité de la vaincre »  
(Nelson Mandela).*

## Résumé

**Contexte :** Une des fonctions dévolues aux comités des usagers (CU), par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, est celle de défendre les droits des usagers dans les établissements de santé et de services sociaux (ESSS) au Québec. L'exercice de cette fonction place les CU devant des situations de maltraitance envers les aînés, qui leur sont rapportées par les usagers, les proches ou les membres du personnel, ou dont ils sont témoins, et pour lesquelles ils cherchent à intervenir pour y mettre fin ou prévenir les situations analogues. Dans un contexte de lutte contre la maltraitance envers les aînés, et de recherche de moyens pour la prévenir, la corriger ou la faire cesser, il apparaît plus que pertinent, socialement et scientifiquement, d'évaluer les mécanismes devant prévenir ou contrer la maltraitance, surtout que cela a été relativement peu fait.

**But et objectifs :** Le but de cette étude est de décrire et de comprendre comment les CU composent avec les situations de maltraitance envers les aînés portées à leur attention. Les objectifs sont : 1) faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés qui sont portées à la connaissance des CU; 2) documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action; 3) établir la portée et les limites des actions des CU et recommander des actions pour les améliorer. **Cadres conceptuel et théorique :** Pour

atteindre l'objectif 1, nous utilisons un cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés, et pour atteindre les objectifs 2 et 3, nous utilisons le cadre théorique sur les relations de pouvoir, et la démarche stratégique de Crozier et Friedberg, et cherchons à évaluer l'autonomie des CU. **Méthodologie :** Il s'agit d'une étude de cas multiples. Du mois d'avril 2014 à avril 2015, trois CU furent étudiés en regard des situations portées à leur attention, et de leur traitement. Nous avons assisté aux rencontres des comités en y

notant les échanges (94 h 15 d'observation), réalisé des entrevues auprès des membres (n=13) et analysé leurs documents (procès-verbaux et rapports annuels d'activités).

**Résultats :** Durant la période étudiée, 69 situations de maltraitance ont été portées à l'attention des CU. Elles se sont produites dans cinq types de rapports, soit d'un membre du personnel à un usager; d'un membre du personnel à un membre de la famille de l'utilisateur; d'un utilisateur à un membre du personnel; d'un utilisateur à un autre utilisateur; et d'un membre de la famille de l'utilisateur à l'utilisateur. Elles révèlent des comportements et des attitudes de violence ou de négligence, qui illustrent divers types de maltraitance. Les causes de ces situations ont trait à différents facteurs individuels et organisationnels. Pour bien traiter ces situations de maltraitance et obtenir du changement, nos analyses ont montré que les CU doivent pouvoir être informés de ces situations (poser des questions), les analyser pour convaincre les autorités (direction, représentants de la direction, commissaire aux plaintes) de leur fréquence ou de leur gravité, ou pour proposer des mesures ou des solutions, les dénoncer aux autorités, et s'assurer de la mise en œuvre des changements demandés. Divers facteurs contribuent à faciliter ou à limiter le traitement des situations par les CU et leur autonomie, en leur permettant ou non de mobiliser certaines sources de pouvoir dans les ESSS pour forcer un changement.

**Conclusion :** Cette étude permet de mieux connaître et comprendre la manière dont les comités s'y prennent pour défendre ou protéger les usagers contre la maltraitance, dont celle commise envers les aînés, et mieux garantir le respect de leurs droits, comment ils parviennent, par moment, à avoir une influence sur les décisions prises dans les ESSS, pour faire bouger les choses (pour prévenir ou contrer la maltraitance), et comment ils contribuent à améliorer la qualité des services et la qualité de vie des usagers.

## Table des matières

Liste des tableaux .....	x
Liste des figures .....	x
Liste des sigles ou acronymes .....	xi
Avant-propos .....	xiii
Introduction .....	1
1. Mise en contexte .....	18
1.1 Enjeux de la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux et des CSSS .....	18
1.2 Rôle, fonctions, responsabilités, composition des comités et droits défendus, qui leurs sont dévolus par la LSSSS, et regroupements provinciaux .....	20
1.3 Fonctions et responsabilités des comités et moyens suggérés pour s'en acquitter : le Cadre de référence .....	26
1.4 Positionnement du problème de recherche .....	38
2. Recension des écrits et état de la situation .....	40
2.1 Introduction et méthodologie de la recension des écrits .....	40
2.2 Résultats de la recension des écrits .....	42
2.2.1 La défense des droits des aînés .....	42
2.2.1.1 La défense des droits des aînés au plan international .....	42
2.2.1.2 La défense des droits des aînés comme moyen de lutter contre la maltraitance et les modes de la défense des droits des aînés .....	47
2.2.2 Les CU et les CR dans le champ de la santé et des services sociaux .....	51
2.2.2.1 Un historique de la participation des usagers dans le champ de la santé et des services sociaux en France et au Québec .....	52
2.2.2.2 Les actions adoptées par les représentants d'usagers en France et au Québec .....	54
2.2.2.3 Les outils visant à soutenir la participation des usagers en France et au Québec .....	56
2.2.2.4 La composition des CU et des CR dans les écrits .....	59
2.2.2.5 La durée et la fréquence des rencontres des CU et des CR .....	61
2.2.2.6 Les motivations des membres des CU et des CR .....	62
2.2.2.7 Les activités des CU et des CR .....	62
2.2.2.8 Les relations et la crédibilité des CU et des CR .....	70
2.2.2.9 L'autonomie des CR .....	74
2.2.2.10 Les limites des actions des comités .....	82



2.2.2.11 Les facteurs qui influencent la participation des CU et des CR ..	84
2.2.2.12 L'influence des CU et des CR dans les milieux .....	87
2.2.3 La maltraitance envers les aînés .....	89
2.2.3.1 Les acquis du passé ayant contribué à lutter contre la maltraitance envers les aînés .....	90
2.2.3.2 La définition de la maltraitance et sa dimension systémique .....	95
2.2.3.3 Les types de maltraitance et les endroits où elle peut se produire .	98
2.2.3.4 Les indices de maltraitance .....	104
2.2.3.5 Les facteurs de risque et de vulnérabilité.....	108
2.2.3.6 Les caractéristiques des personnes qui maltraitent .....	112
2.2.3.7 Les conséquences de la maltraitance .....	115
2.2.3.8 Les facteurs de protection contre la maltraitance et les bonnes pratiques .....	117
2.3 Synthèse de la recension des écrits et pertinence scientifique et sociale de la recherche .....	123
3. But et objectifs de l'étude, cadres conceptuel et théorique et questions de recherche .....	127
3.1 But et objectifs de l'étude .....	127
3.2 Cadres conceptuel et théorique .....	127
3.3 Questions de recherche .....	146
4. Méthodologie de la recherche .....	149
4.1 Dispositif et stratégie de recherche .....	149
4.2 Échantillonnage .....	150
4.3 Méthodes et instruments de collecte des données .....	151
4.3.1 L'observation directe.....	151
4.3.2 Les entrevues semi-structurées centrées.....	153
4.3.3 Les entrevues d'approfondissement du travail des CU .....	154
4.3.4 L'analyse documentaire .....	156
4.4 Codification et analyse des données .....	157
4.5 Moyens visant à assurer la rigueur du processus de recherche .....	163
4.6 Considérations éthiques .....	166
5. Composition des trois CU et contexte dans lesquels ils œuvrent.....	168
6. Inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU .....	178
6.1 Présentation générale des situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins .....	178

6.2 Nature et causes des situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins .....	185
6.2.1 Les types de rapports au sein desquels il y a de la maltraitance .....	186
6.2.2 Les causes de la maltraitance .....	199
6.3 Caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes : les rapports de pouvoir et les stratégies .....	209
6.4 Conclusion du chapitre 6.....	222
7. Traitement des situations de maltraitance par les CU .....	232
7.1 Ce que font les CU pour recevoir les situations de maltraitance .....	232
7.1.1 Les moyens informels d'information ou de signalement des situations de maltraitance .....	233
7.1.2 Les moyens formels d'information ou de signalement des situations de maltraitance .....	239
7.1.3 Les habiletés nécessaires aux membres des CU pour être mis au courant des situations de maltraitance.....	247
7.1.4 Les outils utilisés par les CU pour recueillir les situations de maltraitance et les traiter .....	251
7.2 Comment les CU « analysent » les situations de maltraitance .....	259
7.2.1 Les mots employés par les CU pour qualifier les situations de maltraitance .....	259
7.2.2 L'analyse des situations de maltraitance « collectives » et « individuelles » .....	264
7.2.3 L'analyse de la fréquence et de la gravité des situations de maltraitance pour convaincre la direction .....	268
7.2.4 L'analyse des situations de maltraitance pour proposer des mesures ou des solutions .....	273
7.3 Ce que font les CU pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction .....	283
7.4 Ce que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance .....	288
7.5 Ce que font les CU pour s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux .....	301
7.6. Portée et limites des actions des CU dans le traitement des situations de maltraitance .....	308
7.6.1 La capacité et les limites des CU à être informés des situations de maltraitance .....	310
7.6.1.1 Le facteur qui favorise la mise au courant des situations par les CU .....	310

7.6.1.2 Les facteurs qui limitent la mise au courant des situations par les CU .....	313
7.6.2 La capacité et les limites des CU à analyser les situations de maltraitance .....	321
7.6.2.1 Le facteur qui facilite l'analyse des situations par les CU.....	321
7.6.2.2 Les facteurs qui limitent l'analyse des situations par les CU .....	322
7.6.3 La capacité et les limites des CU à informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction.....	328
7.6.3.1 Les facteurs qui aident les CU à informer les usagers ou leurs proches .....	329
7.6.3.2 Les facteurs qui limitent les CU pour informer les usagers ou leurs proches .....	330
7.6.4 La capacité et les limites des CU à obtenir une action de la direction : l'autonomie des comités.....	331
7.6.4.1 Les CU sont-ils capables de faire entendre la voix des usagers et de leur famille auprès de la direction ou de la commissaire? .....	332
7.6.4.1.1 Le facteur qui favorise la prise de parole des CU .....	332
7.6.4.1.2 Les facteurs qui limitent la prise de parole des CU .....	335
7.6.4.2 Les CU sont-ils capables de questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle? ..	337
7.6.4.2.1 Les facteurs qui favorisent l'obtention des informations par les CU.....	337
7.6.4.2.2 Les facteurs qui limitent l'obtention des informations par les CU.....	339
7.6.4.3 Les CU sont-ils capables de se faire entendre, de faire voir l'importance de leurs dires et de faire changer le regard des dirigeants sur les situations portées à leur attention? .....	340
7.6.4.3.1 Les facteurs qui favorisent la capacité qu'ont les CU de faire changer le regard des dirigeants .....	340
7.4.6.3.2 Les facteurs qui limitent la capacité qu'ont les CU de faire changer le regard des dirigeants.....	343
7.6.4.4 Les CU sont-ils capables d'influencer le cours des choses?.....	344
7.6.4.4.1 Les facteurs qui aident les CU à influencer le cours des choses .....	357
7.6.4.4.2 Les facteurs qui limitent les CU à influencer le cours des choses .....	360

7.6.5 La capacité et les limites des CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux .....	363
7.6.5.1 Les facteurs qui aident les CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements.....	363
7.6.5.2 Les facteurs qui limitent les CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements.....	365
8. Discussion .....	371
8.1 Résultats de la recherche à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg .....	371
8.1.1 La source de pouvoir qui découle de l'existence de règles structurelles ou organisationnelles.....	372
8.1.2 La source de pouvoir qui apparaît dans la maîtrise des informations et de la communication .....	376
8.1.3 La source de pouvoir qui découle de la maîtrise d'une compétence particulière (expertise) ou de la spécialisation fonctionnelle .....	396
8.1.4 La source de pouvoir qui est liée aux relations entre une organisation et son (ou ses) environnement .....	398
8.1.5 La volonté des membres des comités .....	402
8.1.6 Conclusion de la première partie de la discussion .....	405
8.2 Principaux résultats de la recherche, enjeux liés aux limites rencontrées par les CU, recommandations pour la pratique et réflexion sur la bientraitance.....	407
8.2.1 Le retour sur les principaux résultats de la recherche .....	407
8.2.2 Les recommandations pour la pratique .....	421
8.2.3 La réflexion sur la bientraitance .....	433
Conclusion .....	441
Références .....	452
Annexe 1 : Présentation détaillée des questions de la recherche .....	461
Annexe 2 : Protocole de prise de contact avec les présidents des CU .....	465
Annexe 3 : Grille d'observation.....	467
Annexe 4 : Compte rendu descriptif des observations.....	471
Annexe 5 : Guide d'entrevue semi-structurée centrée .....	473
Annexe 6 : Guide d'entrevue d'approfondissement du travail du CU (aide-mémoire) .....	477
Annexe 7 : Tableau 9: Inventaire descriptif des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU et mots employés par les membres pour les nommer ou les décrire .....	481

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Fonctions, responsabilités et limites d’actions des CU et moyens suggérés pour s’en acquitter : le Cadre de référence .....	27
Tableau 2 : Mots-clés utilisés pour la recension des écrits .....	40
Tableau 3 : Banques de données consultées pour la recension des écrits .....	41
Tableau 4 : Tableau utilisé pour la sélection des écrits.....	41
Tableau 5 : Types de maltraitance et comportements ou attitudes associés .....	99
Tableau 6 : Types de maltraitance et indices possibles.....	106
Tableau 7 : Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées.....	131
Tableau 8 : Présentation générale des situations de maltraitance et endroits où elles se sont produites .....	180
Tableau 9 : Inventaire descriptif des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU et les mots employés par les membres pour les nommer ou les décrire .....	482
Tableau 10 : Nature des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU	199
Tableau 11 : Causes des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU	209
Tableau 12 : Caractéristiques des personnes maltraitées et maltraitantes : les rapports de pouvoir et les stratégies.....	221
Tableau 13 : Ce que font les CU pour s’informer des situations de maltraitance — les recevoir, être mis au courant, en être témoins, etc.....	256
Tableau 14 : Comment les membres des CU analysent les situations de maltraitance.	280
Tableau 15 : Ce que font les CU pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction .....	287
Tableau 16 : Ce que font les CU pour porter à l’attention de l’établissement les situations de maltraitance et les stratégies mises en œuvre pour exercer du pouvoir .....	300
Tableau 17 : Ce que font les CU pour s’assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux .....	307
Tableau 18 : Grandes catégories de facteurs qui facilitent ou limitent le traitement des situations de maltraitance par les CU et leur autonomie .....	309
Tableau 19 : Facteurs qui facilitent et limitent le traitement des situations de maltraitance par les CU et leur autonomie et les effets de leurs actions..	368
Tableau 20 : Sources de pouvoir auxquelles les CU ont accès et qu’ils mobilisent parfois pour bien traiter les situations de maltraitance et obtenir du changement	404

## Liste des figures

Figure 1. Design des différentes études de cas (Yin, 2003, p. 40).....	149
--	-----

## Liste des sigles ou acronymes

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
AQG	Association québécoise de gérontologie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CPM	Conseil pour la protection des malades

CR	Comité de résidents
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CU	Comité des usagers
ESSS	Établissement de santé et de services sociaux
MF	Ministère de la Famille
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations-Unies
PAM	Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées
RLS	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
RPCU	Regroupement provincial des comités des usagers
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

## Avant-propos

La présente recherche s'inscrit dans une approche de défense des droits. Elle vise à comprendre le traitement des situations de maltraitance envers les aînés par les comités des usagers (CU) dans les établissements de santé et de services sociaux (ESSS) au Québec. La collecte des données fut menée d'avril 2014 à avril 2015. Les changements apportés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015, suite à l'adoption du projet de loi 10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) notamment par l'abolition des agences régionales* ont modifié l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par une intégration régionale des services, la création d'établissements à mission « plus large » et la mise en œuvre d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques (ex. pour favoriser et simplifier l'accès de la population aux services). Au moins un établissement régional découlant de la fusion entre l'agence de la santé et des services sociaux et les établissements publics de la région (Barrette, 2014) fut créé dans chaque région sociosanitaire. Plus précisément, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont été fusionnés ou regroupés dans seize des dix-huit régions sociosanitaires du Québec, pour devenir, selon les régions, des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Dans les deux autres régions sociosanitaires de la province, soit le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, il y a plutôt eu des dispositions spécifiques (ex. le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James).



La Loi 10 a aussi apporté son lot de changements quant à la structure de fonctionnement des comités des usagers. Pour donner un exemple, les CU « actuels », soit ceux institués en application de l'article 209 de la LSSSS, continuent d'exister et d'exercer leurs fonctions (leurs responsabilités) dans chacun des établissements qui ont été regroupés ou fusionnés, mais ils exercent maintenant leurs activités sous la responsabilité du CU du CISSS ou du CIUSSS (un CU « régional »). Le CU du centre intégré a notamment pour fonction de recevoir les documents que les CU de chacune des installations doivent transmettre à l'établissement, en plus de leur accorder leur budget de fonctionnement (Regroupement provincial des comités des usagers [RPCU], 2015; Barrette, 2014).

Puisque notre collecte de données a été complétée au 1<sup>er</sup> avril 2015, il est important de prendre en compte que cette recherche s'appuie sur les paramètres qui étaient en vigueur avant la mise en œuvre de tous ces changements dans le réseau. Il importe aussi de souligner que ces changements apportés au réseau de la santé ne remettent pas en cause les conclusions de cette étude touchant les actions des CU et leurs limites dans le traitement des situations de maltraitance, car ces actions ne changent pas avec la réorganisation des établissements. Les CU de chacune des installations continuent effectivement de recevoir et de traiter les insatisfactions des usagers, dont celles ayant trait à de la maltraitance envers les aînés, et de les porter à l'attention des autorités concernées. Pour les aider en ce sens, encore aujourd'hui, une personne de la direction est responsable d'assurer le lien entre le CU de chacune des installations et la direction de l'établissement (maintenant du CISSS ou du CIUSSS). Cette personne peut, entre autres, donner de l'information aux membres, répondre à leurs questions, recevoir leurs dossiers d'insatisfactions ou de demandes de changements. Elle peut aussi, sur invitation

d'un CU, participer à une de leurs rencontres de comité. Un des enjeux, toutefois, est que cette personne dédiée est maintenant responsable d'un plus grand nombre de CU qu'auparavant. Elle ne peut donc pas, par exemple, être présente à toutes les rencontres des CU de chacune des installations qui ont été regroupées ou fusionnées. Ces informations nous amènent à penser que, malgré la fusion des établissements, les CU ne sont pas « obligés » de passer par le CU du CISSS ou du CIUSSS pour le traitement des situations de maltraitance. Ils peuvent effectivement, par exemple, acheminer leurs dossiers d'insatisfactions à la direction, par l'entremise de la personne dédiée, soit celle qui assure le lien entre le CU et la direction — et ce, sans passer par le CU du CISSS ou du CIUSSS. Les CU semblent ainsi conserver une certaine autonomie. Il serait toutefois intéressant et pertinent de refaire une étude sur le sujet, depuis qu'il y a eu l'adoption de la loi 10, pour voir réellement ce qui se passe sur le terrain, et documenter les enjeux de communication et d'autonomie des comités.

## Introduction

Le Québec est une société vieillissante. Au 1<sup>er</sup> juillet 2017, on estimait le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus à 1 553 112, ce qui équivaut à 18,5 % de la population totale par rapport à 13,0 % en 2001. De fait entre une personne sur cinq et une personne sur six appartient aujourd’hui à ce groupe d’âge. Si les prévisions se maintiennent, en 2031, les personnes âgées de 65 ans ou plus formeront plus du quart de la population québécoise (25,2 %), et leur importance ne cessera d’augmenter jusqu’en 2061 (Institut de la Statistique du Québec [ISQ]<sup>1</sup>, 2014; 2017; 2018, dans Ministère de la Famille [MF], 2018).

En 1982, le Québec a participé, à Vienne, à la première Assemblée mondiale sur le vieillissement tenue par l’Organisation des Nations unies (ONU). A alors été adopté un plan d’action international sur le vieillissement (le *Plan d’action international de Vienne sur le vieillissement*), « dans lequel on retrouve une orientation quant aux mesures à prendre pour garantir les droits des personnes âgées, dans le cadre des droits proclamés dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l’homme » (Ministère de la Famille et des Aînés [MFA], 2010, p. 8).

En 2002, afin de se préparer à ce changement démographique important, sans précédent, inédit, le Québec a participé à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement de l’ONU. C’était l’occasion pour les représentants des différents pays participants de se pencher sur les défis posés par les profondes transformations démographiques internationales (MFA, 2010). À la lumière de cette rencontre, les délégués ont adopté,

---

<sup>1</sup> Les [ ] dans les citations réfèrent à une précision, à un accord de temps de verbes ou à un changement de mots dans la citation pour qu’elle soit mieux lisible (sans en changer le sens). Il peut également s’agir de parenthèse de deuxième rang.

de façon unanime, le second plan d'action international sur le vieillissement, communément appelé le Plan de Madrid (le *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*) (ONU, 2003). Ce Plan responsabilise les sociétés, en reconnaissant pour la première fois sur la scène internationale, l'importance du problème social et de santé publique qu'est la maltraitance envers les aînés (Beaulieu, Bédard et Blain, 2015). Plus spécifiquement, le Plan de Madrid a pour but de faire en sorte que chacun puisse vieillir dans la dignité et la sécurité et participer à la vie de sa collectivité en tant que citoyen(ne) disposant de tous ses droits (MFA, 2010), donc de créer une société pour tous les âges (une société inclusive), et introduit pour une première fois l'importance de traiter de problèmes sociaux connexes à la maltraitance, soit l'abandon, la violence et les mauvais traitements perpétrés contre la population âgée (Beaulieu, Berg et Bédard, 2015). Par ce plan, on reconnaît un problème social, soit celui de la maltraitance envers les aînés, et la nécessité de mettre en œuvre des actions pour le contrer (Beaulieu, Berg et Bédard, 2015), et ce, dans le respect des droits des personnes.

Chaque société ou État est responsable d'organiser la lutte contre la maltraitance envers les aînés (ses citoyens âgés) en adoptant des orientations et en déployant des dispositifs conformes aux lois et à la culture en place (Beaulieu, Bédard et Blain, 2015). Or le Québec, guidé par ces recommandations internationales, a entrepris divers travaux de réflexion, tel le forum des générations de 2004, la consultation de 2005 et le rapport *Une pleine participation des aînés au développement du Québec afin de construire un Québec pour tous les âges* (Conseil des aînés, 2005), ainsi que la consultation publique sur les conditions de vie des aînés de 2007, et son rapport *Préparons l'avenir avec nos aînés* (MFA, 2008), qui ont contribué à orienter l'action du gouvernement (MFA, 2010).

Ces actions, d'ailleurs, témoignent de la volonté du gouvernement québécois de se doter d'une vision en matière de vieillissement actif (MFA, 2010). Un tel vieillissement est promu dans le cadre d'orientation international *Vieillir en restant actif* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont les principales mesures proposées concernent la santé, la participation et la sécurité des personnes âgées, et s'inspirent des Principes des Nations Unies applicables aux personnes âgées (OMS, 2002). Un de ces principes reconnaît le besoin des personnes âgées de vivre dans la sécurité et la dignité sans être exploitées ni soumises à des sévices mentaux ou physiques (ONU, 1991).

Lors de la réalisation de ces différents travaux de réflexion des enjeux ont fréquemment été soulevés, dont celui de la nécessité de lutter d'une manière plus efficace ou efficiente contre le problème de la maltraitance, c'est-à-dire de lutter contre les diverses formes de violence, d'exploitation, de mauvais traitements ou de négligence envers les aînés (MFA, 2010).

La ministre responsable des Aînés du temps, Mme Marguerite Blais, et le Secrétariat aux aînés ont alors entrepris en 2008 l'élaboration d'un plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. Ce plan reflète la préoccupation du gouvernement en ce qui a trait au vieillissement de la population et aux enjeux qu'il entraîne. Afin de le développer, une compréhension de la maltraitance envers les aînés a d'abord été établie et des mesures concrètes ont été élaborées. Pour y parvenir, treize ministères et organismes, ainsi que plusieurs experts, ont été mis à contribution. Le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* (PAM 2010-2015) a été adopté le 14 juin 2010. Il se divise en deux parties : la première fait état du problème de la maltraitance envers les aînés, à

partir d'une recension internationale des écrits, puis la seconde énonce les actions à mettre en œuvre pour le contrer (Beaulieu, Berg et Bédard, 2015; MFA, 2010). Il importe de noter que le PAM 2010-2015 a été reconduit jusqu'en 2017 par l'entremise de la politique *Vieillir et Vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* (MFA et Ministère de la Santé et des services sociaux [MSSS], 2012), et que quelques mois avant le dépôt de cette thèse, soit le 15 juin 2017, le gouvernement provincial a adopté le second *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* (PAM, 2017-2022) (MF, 2017).

Dans le PAM 2010-2015, il ressort d'entrée de jeu que la maltraitance commise à l'endroit des aînés est peu connue ou reconnue, qu'elle prend diverses formes ou types, qu'elle survient dans différents milieux et touche plusieurs types de personnes. Elle engendre aussi des conséquences qui peuvent être dévastatrices chez les aînés qui en sont la cible. Plusieurs actions (mesures, services, ressources, mécanismes) visent déjà à la prévenir, à la détecter et à intervenir, mais il apparaît toutefois nécessaire de renforcer la concertation entre les acteurs concernés et la cohérence des actions (MFA, 2010).

Or, pour accroître l'efficacité des actions (mesures, services, ressources, mécanismes) existantes et proposer des mesures complémentaires, il convient d'abord de connaître la situation actuelle. Dans le PAM 2010-2015, cette présentation permet de mettre en lumière que depuis plus de 30 ans, et depuis 1976 dans le cas de *la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* (CDPDJ), plusieurs instances gouvernementales, parapubliques et privées se sont intéressées au problème de la maltraitance. Des ressources et des services ont été développés pour favoriser la prévention, mais aussi la détection et l'intervention (MFA, 2010).

Sur le plan légal, par exemple, les aînés qui ont subi une situation de maltraitance « peuvent se prévaloir de la protection prévue par la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui régit les interactions entre l'État (gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux) et les particuliers (personnes et personnes morales) » (MFA, 2010, p. 37). Cette Charte prémunit spécifiquement les aînés contre la discrimination fondée sur l'âge, mais ne s'applique pas aux relations entre particuliers (MFA, 2010).

Il est aussi possible de faire appel à la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, qui permet des recours contre toute personne, entreprise ou institution contrevenant à ses dispositions. L'âge est un motif de discrimination interdit par la Charte, sauf si la distinction est établie par un règlement ou une loi. En sus de la protection accordée à toute personne, l'article 48 garantit aux aînés un droit spécifique, soit le droit à la protection contre l'exploitation (MFA, 2010). De façon plus précise, l'article 48 énonce le droit d'une personne aînée « ou handicapée d'être protégée contre toute forme d'exploitation (...) et (...) impose aux membres de sa famille de s'assurer que ces droits soient respectés (...). [Cette obligation s'étend] aux intervenants des institutions publiques [ex. le réseau sociosanitaire, le Curateur public], lorsqu'ils agissent en remplacement de la famille » (CDPDJ, dans Duhamel, 2011, p. 2). L'exploitation envers une personne aînée peut être physique, psychologique, sociale ou morale et résulter d'une atteinte aux droits fondamentaux (ex. dignité, vie privée, intégrité) perpétrée par le conjoint, un membre de la famille, une connaissance ou une personne morale lui fournissant des biens ou des services (Duhamel, 2011). Crête et Dufour (2016) ajoutent que l'exploitation peut être d'ordre financier, et que l'exploitation ou la maltraitance, peut compromettre plusieurs des droits fondamentaux

des aînés (ex. le droit à l'intégrité, à la sûreté, à la vie, à la sauvegarde de sa dignité, à la liberté de sa personne et à la libre disposition de ses biens) (Gouvernement du Québec, 2016).

Les dispositions du *Code civil du Québec* offrent également des possibilités de recours aux personnes dont les droits ont été violés. Les donations et les contrats de vente, les successions et les problèmes de logement sont, entre autres, régis par ce Code. Ce Code prévoit également quatre mesures de protection, lorsqu'une personne est inapte à exercer ses droits civils, soit la tutelle, la curatelle, le conseiller au majeur et le mandat en prévision de l'incapacité. Ces mesures diffèrent suivant la gravité de l'incapacité et le fait qu'elle soit temporaire ou permanente. Elles peuvent protéger : la personne; ses biens; ou la personne et ses biens (MFA, 2010). D'autre part, lorsqu'il s'agit d'actes de nature criminelle, tels les voies de fait, l'abus de confiance, l'extorsion, le vol ou la négligence grave, ce sont les dispositions du *Code criminel canadien* qui s'appliquent (MFA, 2010).

Enfin, un ensemble de lois plus spécifiques permet également d'encadrer certaines relations ou certains droits. On peut nommer par exemple les relations entre les professionnels et les citoyens (le *Code des professions* [Gouvernement du Québec, 2018]) et les droits des usagers du système de santé et de services sociaux (la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [LSSSS] [Gouvernement du Québec, 2017]). Certaines de ces lois spécifiques précisent et complètent le *Code civil*, telle la *Loi sur le Curateur public du Québec* (Gouvernement du Québec, 2017), lorsqu'il s'agit de personnes incapables (MFA, 2010).



Sur le plan administratif, viennent s'ajouter aux assises législatives, les cadres de référence, les programmes ministériels, les orientations stratégiques, les plans d'action et les politiques dont se dotent les ministères et organismes pour organiser les services publics offerts à la population. Sans être toujours précisément lié à la maltraitance envers les aînés, le contenu de ces documents contribue à la mise en place de conditions propices au développement de milieux de vie et d'environnements sans maltraitance (MFA, 2010).

Sur le plan des « services », il revient aux ministères et organismes gouvernementaux d'élaborer et de mettre en œuvre des actions pour favoriser des environnements exempts de maltraitance. La mission des organismes qui offrent ce type de services pouvant contribuer à la lutte contre la maltraitance ne s'adresse pas toujours spécifiquement aux aînés et les services peuvent différer d'une région à l'autre. Parmi eux, certains visent la prévention de la maltraitance, d'autres la détection, et d'autres encore soutiennent la possibilité d'intervention en facilitant l'identification des ressources d'aide ou l'exercice de recours judiciaires ou administratifs (ex. mécanismes de plainte) (MFA, 2010).

Au cours des dernières années, le MSSS a mis en place plusieurs actions qui peuvent contribuer à contrer la maltraitance, telles des directives sur l'usage des contentions, l'obligation de certification des résidences privées, les visites d'appréciations devenues récemment des visites d'évaluation de la qualité des services dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la création de postes de commissaires aux plaintes locaux et régionaux (Beaulieu, Bédard et Blain, 2015), ainsi que l'obligation de constituer un comité des usagers (CU) et des comités de résidents (CR) (MFA, 2010).

Dans les établissements de santé et de services sociaux (ESSS), en effet, les CU ont un mandat bien particulier, soit d'être le « gardien » des droits des usagers<sup>2</sup>. Ils veillent à ce que ces derniers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés, entre autres, en recevant et en traitant leurs insatisfactions, et en les portant auprès des autorités concernées dans l'établissement (MSSS, 2006a).

De façon plus précise, une des fonctions dévolues aux CU, par la LSSSS, est celle de « défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un (...), ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente » (article 212, Gouvernement du Québec, 2017). La défense des droits des aînés réfère à des pratiques qui se produisent *en amont, sur le moment et en aval* de situations préjudiciables, telles des situations de maltraitance, afin de défendre les aînés ou de les protéger ou bien permettre aux aînés de « se » défendre contre ces situations (Bédard et Beaulieu, 2015). L'exercice de leur fonction de défense des droits place les CU devant des situations de maltraitance envers les aînés, dont des situations de manquement aux droits des usagers, qui leur sont rapportées par les usagers ou leurs proches, ou dont ils sont témoins, et pour lesquelles ils cherchent à intervenir pour y mettre fin ou prévenir les situations semblables (Beaulieu, Bédard et Blain, 2015). La violation des droits a été retenue dans les PAM 2010-2015 et 2017-2022 comme étant un type de maltraitance envers les aînés (MFA, 2010, MF, 2017).

Les membres des CU peuvent, par exemple, accompagner un usager qui le demande, dans ses démarches pour porter plainte auprès du commissaire aux plaintes (MSSS,

---

<sup>2</sup> Un usager est une personne qui a (ou a eu) recours aux soins de santé ou aux services sociaux dispensés par un établissement (MSSS, 2006b).

2006a). Cette notion d'accompagnement, pour les aînés qui ont besoin de protection notamment, a été soulevée par les mécanismes des droits de l'homme comme étant particulièrement importante pour prévenir les situations de maltraitance (ONU, 2010).

Les CU présentent ainsi un intérêt double pour l'étude de la maltraitance envers les aînés. D'un côté, ils donnent accès à un grand nombre de situations de maltraitance, car c'est l'une des instances, avec le commissaire aux plaintes, dans les établissements où l'usager et ses proches peuvent dénoncer des situations, exprimer leurs insatisfactions et porter plainte (MSSS, 2006a). D'un autre côté, ils sont un des moyens mis en place pour agir dans les situations de maltraitance. On y voit comment celle-ci peut être entendue, traitée et prévenue (Gagnon, Clément et Deshaies, 2014).

La maltraitance envers les aînés est complexe (MF, 2017; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; MFA, 2010), et il peut être difficile d'intervenir pour la contrer. Certaines personnes ne souhaitent pas la dénoncer ou ne veulent pas porter plainte (Crête et Dufour, 2016; Gouvernement du Québec, 2016; Duhamel, 2011; Charpentier et Soulières, 2007). Les CU contribuent-ils à réduire ces difficultés et à dénoncer les situations de maltraitance? Comment s'y prennent-ils pour défendre ou protéger les usagers contre la maltraitance dans les établissements?

Pour le savoir, cette thèse vise à décrire et à comprendre, en profondeur, le traitement des situations de maltraitance envers les aînés par les CU dans les ESSS du Québec. Plus exactement, elle fait un inventaire des situations de maltraitance portées à l'attention de trois CU, et les analyse afin d'en comprendre la nature et les causes; elle examine la manière dont les comités traitent ces situations de maltraitance, la lecture

qu'ils en font et les actions<sup>3</sup> qu'ils posent afin de les corriger ou de les prévenir; elle dégage la portée et les limites des actions des comités dans le traitement des situations de maltraitance : ce qui leur permet de connaître, de comprendre et de corriger les situations, mais également les limites auxquelles ils se butent dans l'exercice de leur rôle.

Cette recherche met donc en lumière la contribution des CU à la lutte contre la maltraitance envers les aînés dans les ESSS du Québec. Elle examine une approche particulière, soit celle de la défense des droits suivie par les CU; une approche novatrice qui nous semble plus méconnue que les mécanismes usuels de surveillance de la qualité des services et de traitement des plaintes (Bédard et Beaulieu, 2015; Beaulieu, Bédard et Blain, 2015).

La thèse se divise en huit chapitres.

Dans le premier chapitre, une large mise en contexte permet : de poser les enjeux de la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLS) et des Centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>4</sup> au Québec, afin de comprendre ce qu'est le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS); de mettre en lumière la volonté du gouvernement provincial, dans un contexte de réorganisation du réseau, d'offrir des services de santé et sociaux de qualité aux usagers, en s'assurant, entre autres, du respect de leurs droits, par la mise en place de différents mécanismes, dont les CU; de présenter le rôle et la composition des CU, leurs fonctions, leurs responsabilités et les droits qu'ils

---

<sup>3</sup> La définition du mot action : « fait ou faculté d'agir, de manifester sa volonté, en accomplissant quelque chose » (Éditions Larousse, 2014).

<sup>4</sup> Le CSSS regroupe les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres hospitaliers (CH) (MSSS, 2017). Ils sont divisés en 93 territoires de CSSS au Québec.

défendent, afin de mieux comprendre ce que sont et font les CU, leur « travail » de défense des droits des usagers, ou plus exactement, la manière dont les comités, en principe, s'acquittent de leur rôle, de leur mandat; et de présenter les regroupements provinciaux, qui participent à mettre en réseau les CU et les CR du Québec, et qui peuvent les aider dans la réalisation de leurs fonctions. Enfin, ce chapitre situe la nature du problème de recherche — la thèse se pose d'emblée en réponse à une critique énoncée à l'égard des CU.

Le second chapitre présente la recension des écrits. Elle permet de faire un tour d'horizon en ce qui concerne les notions de *défense des droits des aînés* (la défense des droits des aînés au plan international, et comme moyen de lutter contre la maltraitance, et les modes de la défense des droits des aînés), de *CU et de CR* dans le champ de la santé et des services sociaux, et de *maltraitance envers les aînés*. De façon plus précise, la recension permet de réaliser une revue systématique des études sur les CU (notre objet d'étude), et d'avoir une connaissance solide des questions et enjeux touchant la défense des droits et la maltraitance. Ce chapitre se termine par une synthèse qui permet de lier les CU, la défense des droits et la lutte contre la maltraitance. Son contenu est crucial pour comprendre les orientations de la thèse, qui s'appuient sur les informations présentées en amont : trois concepts centraux — maltraitance envers les aînés, pouvoir (des CU) et autonomie (des CU), sont posés pour être développés dans le chapitre suivant.

Le troisième chapitre présente le but de la recherche; les trois objectifs, qui sont : 1) faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés portées à la connaissance des CU; 2) documenter chacune des étapes de la prise en

compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action; et 3) établir la portée et les limites des actions des CU et recommander des actions pour les améliorer; ainsi que les cadres conceptuel et théorique. Ces cadres renvoient à trois grandes perspectives d'analyses, qui sont mobilisées autour des trois concepts centraux de la thèse, soit la maltraitance envers les aînés, le pouvoir des CU et leur autonomie. Ces trois perspectives sont utilisées de façon complémentaire, pour renforcer la compréhension des actions des comités dans le traitement des situations de maltraitance. Le chapitre trois se termine par la présentation des questions de la recherche.

Vient ensuite le chapitre de méthodologie, qui présente le dispositif utilisé et la stratégie de la recherche, l'échantillonnage, les méthodes et les instruments de collecte, de codification et d'analyse des données, les moyens pour assurer la rigueur du processus de recherche et les considérations éthiques.

Suivent les trois chapitres de présentation des résultats (les chapitres cinq, six et sept).

Dans le chapitre cinq sont présentés la composition des trois CU ayant participé à l'étude — le nombre de membres, le nombre d'hommes et de femmes, leur statut, leur âge approximatif, leur origine ethnique, leurs études ou leurs expériences professionnelles ou personnelles, leur nombre d'années d'engagement, les rôles au sein des comités, ainsi que les contextes dans lesquels ils œuvrent, ou plus précisément, un survol et une description sommaire de leurs rencontres — le nombre de rencontres annuelles, leur durée, le déroulement, la dynamique, l'animation, les échanges entre les membres et avec les représentants de la direction ou les invités, le statut de ces représentants et invités, et ce que leur présence permet à ces réunions. Cela permet de

mieux comprendre comment les CU s'organisent pour défendre les droits des usagers et, par le fait même, lutter contre la maltraitance.

Dans le chapitre six sont présentés les résultats découlant de l'objectif 1 de la recherche — *faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés portées à la connaissance des CU*. Pour parvenir à ces résultats, nous avons utilisé un cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés. Ce cadre, de façon plus précise, comprend une définition de la maltraitance envers les aînés, soit la traduction libre de la définition proposée par l'OMS, en 2002, adoptée dans le PAM 2010-2015 (MFA, 2010), et la terminologie québécoise sur la maltraitance envers les aînés (Comité sur la terminologie<sup>5</sup>, 2016). Cette terminologie définit les formes de la maltraitance — violence et négligence, et ses types — psychologique, physique, sexuel, organisationnel, matériel ou financier, violation des droits et âgisme, à l'aide d'exemples d'attitudes ou de comportements, l'énumération d'indices et l'énonciation de précautions pour prévenir les interventions inadéquates, en plus de l'intention de la personne maltraitante. Ce cadre conceptuel a été utilisé pour repérer, classer et analyser « toutes » les situations problématiques portées à la connaissance des CU, que les aînés en soient ou non la cible. Nous avons donc fait un usage plus « ouvert » de ce cadre conceptuel, en l'appliquant à toutes les situations portées à l'attention des CU<sup>6</sup>. Cela permet de mieux

---

<sup>5</sup> Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec (Comité sur la terminologie). (2016). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Montréal/Sherbrooke/Québec

<sup>6</sup> Nous expliquons plus loin, dans le chapitre de *Méthodologie* — plus précisément dans la partie *Codification et analyses des données*, l'usage plus « ouvert » que nous avons fait du concept de « maltraitance envers les aînés » pour l'appliquer à toute forme de maltraitance portée à la connaissance des CU.

comprendre en quoi les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins constituent de la maltraitance — leur nature, soit les différents rapports au sein desquels elle se produit dans les établissements, les comportements et les attitudes de violence et de négligence, qui illustrent divers types de maltraitance; et leurs causes — d’identifier les facteurs qui conduisent à la maltraitance. Cela permet de mettre en lumière des situations que l’on n’associe pas toujours à la maltraitance, du moins à la maltraitance envers les personnes âgées, comme certains gestes commis par un usager envers un autre usager ou envers le personnel.

Dans le chapitre six sont également documentés les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes, et les rapports de pouvoir qui se créent entre elles, en fonction de leurs stratégies. Pour y parvenir, nous analysons les situations de maltraitance portées à la connaissance des CU à la lumière de la démarche stratégique de Crozier et Friedberg (1977). De façon plus précise, nous examinons les situations pour voir lorsque les personnes maltraitantes tentent simultanément de : 1) contraindre les autres personnes, soit celles maltraitées, pour combler leurs propres exigences (stratégies offensives), et 2) d’échapper aux contraintes organisationnelles pour protéger leur propre marge de liberté, de manœuvre, de négociation (stratégies défensives). Cela est utile pour mieux comprendre les dynamiques des situations de maltraitance — la nature des contraintes exercées, les raisons pour lesquelles elles sont commises, sur les plans individuels et organisationnels, et le statut et les atouts que les personnes maltraitantes ont sur les personnes maltraitées dans le cadre des différents rapports.

Dans le chapitre sept sont présentés les résultats découlant de l’objectif 2 de l’étude — *documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c’est-à-dire*



*jusqu'au moment où le comité arrête son action.* Nous examinons le traitement des situations de maltraitance par les CU, c'est-à-dire les actions qu'ils mettent en œuvre pour : s'informer de ces situations (les recevoir, être mis au courant, en être témoins, etc.); prendre connaissance des faits et les analyser, pour convaincre les autorités de la fréquence ou de la gravité des problèmes et pour proposer des mesures ou des solutions; les porter à l'attention des autorités et revendiquer un changement; et s'assurer de la mise en œuvre des changements.

Dans le chapitre sept seront aussi présentés les résultats découlant de l'objectif 3 de la recherche — *établir la portée et les limites des actions des CU*. Ces résultats permettent de mettre en lumière les capacités et les limites des CU à traiter les situations de maltraitance dans les établissements, ou plus exactement, les facteurs qui facilitent et limitent la mise en œuvre de leurs actions (susmentionnées). Pour approfondir les capacités et les limites des comités à obtenir un changement, c'est-à-dire une ou des actions des autorités pour prévenir ou corriger les situations de maltraitance dans les établissements, nous évaluons l'autonomie des CU (Gagnon, Clément, Deshaies et Raizenne, 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). De façon plus précise, nous examinons leurs capacités et leurs limites : à faire entendre la voix des usagers et de leur famille auprès des autorités concernées dans les milieux; à questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle; à se faire entendre, à faire voir l'importance de leurs dires et à faire changer le regard des autorités sur les situations portées à leur attention; et à influencer le cours des choses. En documentant l'autonomie des CU, cela permet de voir la place qui leur est réellement

donnée pour défendre les droits des usagers dans les établissements et leur possibilité d'agir concrètement, de façon autonome, dans cette défense.

Le huitième et dernier chapitre est une discussion de l'ensemble de nos résultats et de nos analyses. Il est divisé en deux parties. La première reprend les résultats de la recherche, à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg (1977), sur les sources de pouvoir dans les organisations. Quatre sources de pouvoir sont identifiées par ces auteurs : 1) celle qui découle de l'existence de règles structurelles ou organisationnelles; 2) celle qui apparaît dans la maîtrise des informations et de la communication; 3) celle qui découle de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle; et 4) celle qui est liée aux relations entre une organisation et son (ou ses) environnement. L'examen des sources de pouvoir auxquelles les comités ont accès dans les établissements, et celles qu'ils parviennent, par moment, à mobiliser, pour bien traiter les situations de maltraitance et obtenir du changement, permet de synthétiser nos résultats et d'approfondir nos analyses. Elle permet de mieux comprendre la nature du pouvoir entre les comités et les autorités et dans quel sens il s'exerce — les stratégies mises en œuvre par les CU pour exercer du pouvoir et forcer un changement. Il importe de noter que dans cette étude, nous ne faisons pas une analyse sociologique des organisations et n'entrons pas, non plus, dans les critiques de cette théorie.

La deuxième partie de la discussion fait un retour sur les principaux résultats de la recherche et pose les enjeux liés aux limites rencontrées par les comités dans leur traitement des situations de maltraitance et dans leur autonomie, ce qui mène à présenter des recommandations pour la pratique — pour aider les comités à mieux défendre les droits des usagers, et par le fait même, à encore mieux prévenir et contrer la maltraitance

dans le réseau sociosanitaire. Une réflexion est aussi faite sur comment les résultats de la recherche peuvent amener à poser des jalons de pratiques de bientraitance — que les comités ne pensent pas seulement en terme de lutte contre la maltraitance, mais aussi de promotion de la bientraitance.

Finalement, il y a la conclusion, qui expose les contributions de l'étude sur le plan théorique, ses forces et ses limites, son originalité sur le plan des connaissances, et propose des perspectives de recherche.

Le Québec a besoin d'un tel travail pour comprendre la portée et les limites des diverses actions soutenues par le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (autant celui de 2010 que celui de 2017) ainsi que la LSSSS; comprendre les difficultés rencontrées dans cette lutte et les conditions nécessaires pour identifier les situations de maltraitance, pour les analyser et pour mettre en œuvre des actions dans le but de les contrer, et ce, afin de permettre de continuer à améliorer les pratiques, à soutenir des bénévoles audacieux, que sont notamment les membres des CU. Ils ont un rôle à jouer dans la lutte contre la maltraitance, dont celle commise à l'endroit des aînés!

## **1. Mise en contexte**

Ce chapitre expose les enjeux entourant la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLS), ainsi que des CSSS au Québec (création qui s'est opérée vers le début des années 2000). Il met en lumière la volonté du gouvernement québécois, dans un contexte de réorganisation du réseau de la santé, d'offrir des services sociaux et de santé de qualité aux usagers, en s'assurant notamment du respect de leurs droits, par la mise en place de divers mécanismes, tels les CU. Ce chapitre présente ensuite les fonctions, les responsabilités, la composition de ces comités et les droits qu'ils défendent, qui leurs sont dévolus par la LSSSS, en plus des modes de fonctionnement (fonctions, responsabilités, limites d'actions et moyens) qui leurs sont suggérés dans le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents* (MSSS, 2006a), afin de mieux saisir le rôle de ces comités dans la défense des droits des usagers, et celui des regroupements provinciaux. Enfin, ce chapitre précise le positionnement du problème de recherche.

### **1.1 Enjeux de la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux et des CSSS**

En 2003, le gouvernement du Québec a adopté le projet de loi no 25 : *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, qui a donné lieu à la création de RLS et à l'instauration de 95 CSSS sur une base populationnelle (Pomey, Pierre et Ghadi, 2009)<sup>7</sup>. La création de ces RLS s'est opérée selon deux processus : 1) le découpage territorial de la santé et des services sociaux, en passant de 147 territoires de Centres locaux de services communautaires (CLSC) à 95

---

<sup>7</sup> Le nombre de CSSS est passé à 94 en 2011, et à 93 en 2013, en raison de fusions.

territoires de RLS, et 2) par la fusion des établissements publics en une seule entité administrative et multivocationnelle, les CSSS (sur chaque territoire) (Fleuret et Philibert, 2006). Ce processus de fusion, déjà amorcé à la fin des années 1990 dans les régions où la densité de population était moindre et les distances aux services considérables, regroupe les CLSC, les CHSLD et les centres hospitaliers afin d'optimiser les ressources par des économies d'échelle et une meilleure coordination des différents niveaux et types de services. L'adoption du projet de loi 25 généralise ce processus à l'ensemble du territoire québécois, en le découpant en 95 RLS commandés par un CSSS responsable de rendre accessible un ensemble de services à la population de son territoire (services médicaux et sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés). Ces RLS organisent le système autour de l'utilisateur et pense l'offre de soins et de services sociaux en termes de parcours individuels : les corridors de services. Les CSSS, avec leurs partenaires de RLS, définissent un projet organisationnel et clinique axé sur la complémentarité des services et l'interdisciplinarité entre les professionnels ou les intervenants, qui œuvrent dans ces milieux.

Toujours selon Fleuret et Philibert (2006), certains enjeux découlent de ces transformations. Il y a des enjeux organisationnels et économiques, qui visent la conservation de l'équilibre entre le médical et le social (logiques différentes), afin d'éviter une centralisation des budgets aux établissements hospitaliers et aux soins curatifs, au désavantage des acteurs du secteur social et de la promotion et de la prévention de la santé. Des enjeux d'ordre géographique, puisqu'en modifiant les réalités de terrain se posent des défis de proximité et de regroupement d'hétérogénéité populationnelle (facteurs socio-économiques). Enfin, la création des CSSS change les

relations entre les acteurs de terrain (processus de centralisation) et leur statut. Par exemple, les organismes communautaires deviennent « des prestataires délégataires de services [et perdent] leur autonomie et leur pouvoir discrétionnaire » (Fleuret et Philibert, 2006, p. 51).

## **1.2 Rôle, fonctions, responsabilités, composition des comités et droits défendus, qui leurs sont dévolus par la LSSSS, et regroupements provinciaux**

En réorganisant le système sociosanitaire, le gouvernement du Québec voulait offrir aux usagers des soins et des services sociaux de qualité. Or, pour assurer une telle qualité, les droits des usagers devaient être respectés, connus, et dans le cas du non-respect de ces droits, y avoir des recours efficaces, accessibles (MSSS, 2004b). En 2005, l'adoption du projet de loi 83 est venue modifier la LSSSS pour notamment orienter le rôle des CU vers « la défense des droits des usagers et la promotion de l'amélioration de la qualité des services » (MSSS, 2006a, p. 7)<sup>8</sup>. Le comité a la responsabilité de se préoccuper des droits des usagers, mais aussi de l'amélioration continue des conditions de vie des personnes hébergées (ex. dans les CHSLD) (MSSS, 2006a). D'ailleurs, ce projet de loi a modifié la structure des CU pour prendre en compte la formation de comités de résidents (CR) à l'intérieur des centres d'hébergement des CSSS (Pomey et al., 2009). Leur mandat a été uniformisé et un budget de fonctionnement leur a été attribué (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). Dès lors, près de 600 CU et CR au Québec (RPCU, 2014) veillent à assurer « le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle » (MSSS, 2006a, p. 17).

---

<sup>8</sup> En s'appuyant sur les acquis du passé, ces modifications ont obligé la mise sur pied d'un tel comité dans les ESSS (public ou privé conventionné), qui soit représentatif de l'ensemble des usagers desservis par le milieu.

Pour ce qui est de la composition des CU, chacun d'eux est formé d'au minimum cinq membres élus par les usagers de l'établissement et d'un représentant désigné par et parmi chacun des CR. La majorité de ses membres doivent être des usagers, mais si cela est impossible, toute autre personne de leur choix peut être élue, si elle ne travaille pas pour le CSSS ou qu'elle n'exerce pas sa profession dans un centre exploité par l'établissement (art. 209, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017).

Chaque CR se compose d'au minimum trois membres élus par les résidents de l'installation où il se forme (art. 209, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017).

Les fonctions des CU et des CR sont énoncées à l'article 212 de la LSSSS. Les voici :

« 1. Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations; 2. Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement; 3. Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente; 4. Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte (...). 5. S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions » (Gouvernement du Québec, 2017, p. 84-85).

Les attributions des CU sont plus larges que celles des CR puisqu'ils exécutent ces fonctions pour l'ensemble des usagers du CSSS (pour tous les programmes du CSSS) tandis que les CR accomplissent les trois premières fonctions « seulement » pour les résidents de l'installation où ils ont été formés (ex. le CHSLD) (MSSS, 2006a).

Les CU ont d'autres responsabilités, comme de désigner deux personnes pour siéger comme administrateurs au conseil d'administration (CA) de l'établissement. Ces personnes ne sont pas obligatoirement membres d'un CU ou d'un CR, mais doivent être

majeures (art. 150, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). Une de ces deux personnes siège aussi au comité de vigilance et de la qualité mis en place par le CA pour l'amélioration de la qualité des services dans l'établissement. Il s'agit d'une opportunité pour le CU de jouer son rôle de représentants des usagers (art. 181.0.2, LSSSS, dans MSSS, 2006a).

Chaque CU est libre de choisir la manière dont il veut s'acquitter de son mandat (Gagnon et al., 2012), en élaborant notamment lui-même ses propres règles de fonctionnement (ex. les fonctions de chacun des membres), en plus de celles des CR (MSSS, 2006b). Les CR soumettent leurs rapports d'activités annuels au CU et leur budget de fonctionnement est également discuté et décidé conjointement avec lui.

En recevant, en traitant et en portant les insatisfactions des usagers auprès des instances de l'établissement, les comités sont invités à collaborer avec les directions pour l'amélioration de la qualité des services. Le but de la LSSSS étant que la prestation des services de santé et des services sociaux soit efficace, efficiente, qu'elle respecte les droits des usagers et permette l'amélioration et le maintien de la capacité psychique, physique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles veulent assumer dans le respect d'elle-même et des autres (MSSS, 2006a).

Les lignes directrices de la LSSSS sont que : 1) la raison d'être des services est l'utilisateur qui les requiert; 2) le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses libertés et de ses droits doivent inspirer les gestes faits à son endroit; 3) dans toute intervention, l'utilisateur doit être traité avec compréhension, équité et courtoisie, dans le respect de son autonomie, de sa dignité, de ses besoins et de sa sécurité; 4) autant que possible, l'utilisateur



doit participer aux soins et aux services qui le concernent; 5) par une information adéquate, l'utilisateur doit être incité à utiliser les services judicieusement (Gouvernement du Québec, 2017).

Les droits des usagers, présents dans la LSSSS, sont les suivants :

« le droit à l'information (art 4); le droit aux services (art. 5, art. 13 et art. 100); le droit de choisir son professionnel ou l'établissement (art. 6 et art. 13); le droit de recevoir les soins que requiert son état (art. 7); le droit de consentir à des soins ou de les refuser (art. 9); le droit de participer aux décisions (art. 10); le droit d'être accompagné, assisté et d'être représenté (art. 11 et art. 12); le droit à l'hébergement (art. 14); le droit de recevoir des services en langue anglaise (art. 15); le droit d'accès à son dossier d'utilisateur (art. 17 à 28); le droit à la confidentialité de son dossier d'utilisateur (art. 19); le droit de porter plainte (art. 34, 44, 53, 60 et 73) (MSSS, 2006a, p. 12).

La LSSSS s'appuie sur les droits fondamentaux de la personne, inscrits dans la *Charte des droits et libertés de la personne* et le *Code civil du Québec*, pour définir les droits des usagers. Ces droits fondamentaux sont :

« le droit à la vie, à l'intégrité de sa personne (art. 1, Charte) (art. 3, C.c.Q.); le droit à la sauvegarde de sa dignité (art. 4, Charte); le droit au respect de sa vie privée (art. 5, Charte) (art. 3, C.c.Q.); le droit au respect de sa réputation et de son nom (art. 4, Charte) (art. 3, C.c.Q.); le droit au respect du secret professionnel (art. 9, Charte); le droit à l'intégrité et à l'inviolabilité (art. 3, C.c.Q.) (art. 10, C.c.Q.); le droit à l'autonomie et à l'autodétermination (art. 11, C.c.Q.); le droit à l'égalité (art. 10, Charte); le droit à la protection contre l'exploitation (art. 48, Charte); le droit au secours quand sa vie est en péril (art. 13, C.c.Q.) » (MSSS, 2006a, p. 11).

Au Québec, deux regroupements provinciaux, soit le *Regroupement provincial des comités des usagers* (RPCU) et le *Conseil pour la Protection des Malades* (CPM) participent à mettre en réseau les CU et les CR (Pomey et al., 2009).

Plus précisément, le RPCU a un mandat de représentation des comités auprès des instances gouvernementales, des ESSS, de la population et des médias. Il permet aux comités de participer aux grands débats de société, au même titre que tous les autres

organismes du milieu de la santé et des services sociaux de la province. Ce regroupement est formé de professionnels engagés et de membres bénévoles. Leur CA se compose de 28 membres, dont un poste est réservé à chacune des régions administratives du Québec, et les autres sont ouverts aux représentants de regroupements ou d'associations partenaires, telle l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec. Le RPCU est le porte-parole des CU et des CR de tous les ESSS du Québec (publics, privés, conventionnés, autofinancés). Leur offre de services se décline en trois volets : 1) la *représentation*, puisqu'il fait connaître la mission et les préoccupations des comités auprès des instances gouvernementales, de la population et des médias. Il est un interlocuteur auprès des ministères, des Agences régionales et d'autres organismes qui défendent les droits des usagers et visent l'amélioration de la qualité des services dans le réseau. 2) Le *soutien technique*, qu'il offre aux membres des comités pour l'accomplissement de leur mission (ex. service d'aide téléphonique ou courriel, services d'information juridique, site Internet, journal). 3) La *formation*, puisque le RPCU offre, entre autres, une formation de base gratuite aux comités (ainsi qu'un service post-formation pour répondre à leurs questions). Il réalise aussi des interventions ponctuelles selon les besoins des comités (RPCU, 2013).

Le CPM, quant à lui, est un organisme privé sans but lucratif voué à la défense des droits et des intérêts des usagers du réseau sociosanitaire québécois. Il intervient principalement auprès des CHSLD et se soucie de l'aspect légal (Pomey et al., 2009). Sa devise est :

«protéger... Les usagers (les personnes malades, âgées, handicapées, psychiatriquées, hébergées ou toute autre personne) recevant des services de santé et des services sociaux, en voyant à ce qu'ils soient, en tout temps bien soignés et respectés dans leur dignité. Défendre... Les usagers (...) les

informer de leurs droits et les défendre lorsque ceux-ci sont brimés. Agir... Au nom des usagers (...) auprès du gouvernement, des établissements de santé et tout autre organisme de qui ils peuvent relever. Agir également par des activités visant à améliorer leur qualité de vie » (CPM, 2017).

Le CPM offre aux CU et aux CR un service-conseil personnalisé, des conférences-échanges, des formations sur mesure, un colloque annuel, un bulletin d'information sur les développements récents dans le réseau sociosanitaire, des outils de travail et un service de médiation et de résolution de conflits. Il se prononce sur diverses questions juridiques et entreprend des recours collectifs pour défendre les droits des usagers (ex. frais de buanderie). L'équipe du CPM se compose notamment de conseillers juridiques spécialisés en droit de la santé. Ce regroupement fait partie des équipes d'appréciation de la qualité de vie en CHSLD, mises sur pied en 2004 par le MSSS et siège depuis plusieurs années au CA du Conseil québécois d'agrément (CPM, 2017).

Selon Gagnon et al. (2012), il peut être utile pour les comités de devenir membre de ces regroupements provinciaux, de participer à leurs activités, puisque cela peut les aider dans la réalisation de leurs fonctions et à accroître leur autonomie. Par exemple, la création d'alliances entre ces instances (regroupements et comités) permet d'exercer des pressions sur les directions des établissements ou les autorités régionales et provinciales qui sont responsables de certaines décisions. Ces regroupements sont aussi une source d'informations pour les comités. Ils peuvent les aider dans la résolution de problèmes ou pour la formulation de suggestions ou de demandes de changements, qui méritent d'être faits dans les milieux.

### **1.3 Fonctions et responsabilités des comités et moyens suggérés pour s'en acquitter : le Cadre de référence**

Dans le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents* (MSSS, 2006a), plusieurs suggestions sont émises afin d'aider les comités à actualiser leur mandat dans le quotidien. Les membres des comités peuvent, par exemple, retenir les services d'une personne qualifiée (personne-ressource) pour coordonner leurs activités. Des démarches préalables à leur bon fonctionnement sont aussi énoncées, comme de se renseigner sur l'établissement dans lequel ils œuvrent (ex. à l'aide d'un organigramme ou d'un plan d'organisation), de connaître les caractéristiques de la population desservie par le CSSS, d'établir un code de conduite, qui permet de guider les interventions et les interactions avec les autres partenaires du milieu, qui travaillent auprès des usagers dans le CSSS, mais aussi dans la communauté, et enfin de rédiger ses règles de fonctionnement (MSSS, 2006a). Dans le Cadre de référence, sont aussi présentées les fonctions et les responsabilités des comités, leurs limites d'actions, en plus des moyens suggérés pour s'en acquitter. Ces éléments sont présentés sous forme de tableau dans le Cadre de référence; nous l'avons reproduit ci-dessous.

**Tableau 1 : Fonctions, responsabilités et limites d’actions des CU et moyens suggérés pour s’en acquitter : le Cadre de référence**

<b>1<sup>re</sup> fonction : renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations</b>	
Il s’agit pour le CU et les CR de faire connaître et de promouvoir les droits des usagers dans les établissements. Ces comités ont pour fonction première de veiller à renseigner adéquatement les utilisateurs des services de santé sur leurs droits et leurs obligations.	
<b>Responsabilités des comités</b>	<b>Moyens suggérés</b>
Connaître les droits et les obligations des usagers.	Organiser de la formation pour tous les membres des comités : inviter des spécialistes dans le domaine (ex. avocats).
Prendre connaissance des différents documents concernant les droits et les obligations des usagers.	Obtenir les documents suivants : code d’éthique de l’établissement; extraits de la LSSSS, de la Charte, du Code civil du Québec; texte de procédure d’examen des plaintes et des différentes politiques et orientations ministérielles, au besoin.
Connaître le processus d’examen des plaintes de l’établissement.	Inviter le commissaire à expliquer le processus d’examen des plaintes.
Connaître le rôle du Protecteur du citoyen.	Inviter le personnel du Protecteur du citoyen ou la commissaire à expliquer son mandat et son rôle.
Faire connaître aux usagers le rôle et les fonctions du CU et ceux des CR.	Préparer un dépliant explicatif sur le rôle des comités lequel pourrait être remis à l’usager lors de son admission et être disponible dans des présentoirs de l’établissement. Afficher dans l’entrée de l’établissement ou des installations leurs coordonnées. Visiter les usagers qui ne peuvent se déplacer ou prendre contact par téléphone avec eux. Utiliser des articles promotionnels : ex. crayons.
S’assurer que l’information écrite concernant le CU et les CR est distribuée aux usagers.	S’informer auprès de l’établissement des modalités de diffusion de l’information aux usagers. Consulter la documentation remise par l’établissement aux usagers.
Prévoir des activités d’information à l’intention des usagers concernant leurs droits et leurs obligations.	Travailler en collaboration avec le commissaire afin d’optimiser les interventions du comité. Organiser des séances d’informations et inviter un conférencier. Rédiger des articles dans le bulletin d’information ou dans les journaux locaux. Diffuser de l’information sur les droits des usagers (ex. : rencontres de discussion avec les usagers hébergés et leur famille).

**IMPORTANT**

Aviser au préalable l’établissement des activités que le CU ou les CR désirent organiser dans l’établissement et obtenir les autorisations nécessaires. L’établissement devrait tenir informés les comités des événements qu’il organise et qui sont susceptibles de les concerner.

## **2<sup>e</sup> fonction : promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers.**

Il s'agit pour le CU et les CR d'observer et de porter à l'attention de l'établissement les situations ou les points à corriger afin d'améliorer la qualité des conditions de vie des usagers.

<b>Responsabilités des comités</b>	<b>Moyens suggérés</b>
Faire part à l'établissement des observations des membres du CU ou des CR concernant la qualité des services et les conditions de vie des usagers.	Éléments à observer : l'environnement physique et humain; les horaires; l'alimentation; les services complémentaires; les loisirs ou sports.
Transmettre au directeur général ou au commissaire des avis sur des situations nécessitant des changements.	Faire connaître par écrit les suggestions de corrections à apporter. Demander une rencontre avec la direction concernée.
S'impliquer dans les démarches de l'établissement pouvant avoir un impact sur l'amélioration de la qualité des services et sur les conditions de vie des usagers.	Désigner des représentants pour siéger aux différents comités, là où la participation des usagers est sollicitée et pertinente. Être proactif et faire connaître à la direction générale l'intérêt du comité à participer aux différentes démarches afin de faire valoir le point de vue de l'utilisateur.
Porter à l'attention de l'établissement les besoins individuels et collectifs des usagers.	Souligner les besoins en matière d'amélioration des services, de locaux, de matériel, d'équipement et d'activités diverses.

IMPORTANT

Il ne revient pas au comité de corriger lui-même les situations problématiques observées. Il doit s'assurer que l'établissement ou les personnes en autorité prennent les dispositions nécessaires pour y remédier. Le comité peut proposer des mesures visant l'amélioration de la qualité des conditions de vie, mais ne peut en aucun cas acheter de l'équipement pour les usagers ni financer des activités de loisirs. Les membres des comités ne doivent jamais intervenir directement auprès des employés et se substituer aux directions.

## **2<sup>e</sup> fonction (2<sup>e</sup> partie) : Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement**

<b>Responsabilités des comités</b>	<b>Moyens suggérés</b>
Connaître la perception des usagers et de leurs familles sur la qualité des services reçus et en informer le commissaire ou la direction générale.	Installer des boîtes à suggestions dans des endroits stratégiques du CSSS. Réaliser des sondages à l'aide de questionnaires sur des sujets précis que les comités ont déterminés. Organiser des rencontres avec les usagers et leurs familles. Les recevoir individuellement au local du comité afin d'écouter leurs insatisfactions et leurs suggestions. Participer, sur demande, aux évaluations faites par l'établissement.

Prendre connaissance des évaluations réalisées par l'établissement sur la satisfaction de la clientèle.	Demander à recevoir les résultats des sondages effectués par l'établissement.
---	---

## IMPORTANT

Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus ne signifie pas pour autant que les comités soient responsables d'effectuer des sondages pour le compte de l'établissement ou prévus dans certains processus d'agrément.

### **3<sup>e</sup> fonction : Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autre autorité.**

Il s'agit pour les comités de défendre les droits des usagers et de faire les représentations nécessaires auprès de l'établissement, auprès du commissaire ou auprès de toute autre autorité. La défense des droits des usagers est une fonction pour laquelle les comités doivent développer des habiletés. Elle est amorcée par une demande provenant d'un usager, de l'ensemble ou d'un groupe d'usagers de l'établissement ou à l'initiative du comité.

Responsabilités des comités	Moyens suggérés
Recevoir et évaluer les demandes faites par les usagers au CU ou aux CR concernant le non-respect de leurs droits.	Établir un horaire de présence au local et l'afficher afin que les usagers ou leurs familles puissent rencontrer les membres du comité s'ils le désirent. Rencontrer individuellement l'usager ou sa famille ou les contacter par téléphone. Mettre à la disposition des usagers différents moyens de communication : formulaires, boîte aux lettres près du local, ligne téléphonique avec répondeur, courrier électronique, etc. Assurer rapidement le suivi de toute demande et en tenir informé l'usager.
Informers l'usager sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction.	Expliquer à l'usager le processus de plainte et lui remettre la procédure écrite. Orienter l'usager vers le commissaire ou vers le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP). Diriger l'usager vers le curateur public s'il y a lieu.
Porter à l'attention de l'établissement les situations que le comité juge inacceptables ou qui vont à l'encontre des droits des usagers.	Informers le commissaire de toute atteinte aux droits des usagers que le comité a observée. Appuyer les observations du comité sur le code d'éthique de l'établissement.
Demander l'aide de professionnels dans des dossiers complexes (ex. : questions éthiques);	Consulter des spécialistes : éthiciens, organismes externes de défense des droits, avocats, etc.
Analyser à partir d'une plainte reçue si le problème est d'ordre individuel ou s'il peut affecter un groupe d'usagers.	Discuter en réunion du comité du problème soulevé. Juger s'il s'agit d'un problème individuel ou collectif et décider des démarches à entreprendre.

Toujours se rappeler que la plainte appartient à l'utilisateur et que les comités ne peuvent pas porter plainte à la place de celui-ci. Le respect de la confidentialité est de mise en tout temps même à l'extérieur de l'établissement et même une fois que la personne a quitté ses fonctions au sein des comités. Assurer la défense des droits des usagers, c'est dénoncer une réalité jugée problématique tout en collaborant avec l'établissement à la correction de la situation. Les membres des comités doivent éviter de se placer en conflit d'intérêts. Ils ne doivent pas utiliser le comité à des fins personnelles.

**\*Les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> fonctions suivantes sont dévolues uniquement aux comités des usagers**

**4<sup>e</sup> fonction : accompagner et assister sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend.**

La tâche d'accompagnement et d'assistance est une fonction que le CU partage avec le commissaire de l'établissement ainsi qu'avec les organismes communautaires régionaux ayant pour mandat l'assistance et l'accompagnement aux plaintes (ex. le CAAP), institués en vertu de l'article 76.6 de la LSSSS. L'utilisateur peut donc choisir entre plusieurs acteurs lorsqu'il a besoin d'aide pour formuler sa plainte ou a besoin d'être accompagné dans ses démarches.

Responsabilités des comités	Moyens suggérés
Faciliter l'accès à l'information sur les droits et obligations des usagers et informer des recours possibles.	Remettre à l'utilisateur les coordonnées des ressources disponibles ou de la documentation relative à ces ressources, notamment le curateur public, le CAAP.
Aider l'utilisateur à formuler sa plainte verbalement ou par écrit.	Désigner un ou des membres du comité qui ont des habiletés à formuler une plainte ou confier cette tâche à la personne-ressource. Diriger l'utilisateur vers le commissaire ou le CAAP de la région ou le curateur public pour les personnes qui relèvent de sa compétence. Établir des liens avec le commissaire et le CAAP afin de coordonner les actions des intervenants. Accompagner, sur demande, un usager dans ses démarches (ex. plainte). Lui fournir les renseignements pertinents, le diriger vers les ressources du milieu et l'accompagner lors de rencontres avec les autorités du CSSS.

La personne qui accompagne et assiste un usager doit jouer un rôle de soutien et ne pas se substituer à lui.

**5<sup>e</sup> fonction : s'assurer du bon fonctionnement de chacun des CR et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.**

Responsabilités des comités	Moyens suggérés
-----------------------------	-----------------



Planifier le soutien aux CR.	Soutenir les CR dans la rédaction de leurs règles de fonctionnement. S'assurer qu'ils disposent d'un local et des équipements nécessaires à leur fonctionnement.
Veiller à ce qu'ils disposent des ressources financières nécessaires à leur fonctionnement.	En collaboration avec les CR, le CU décide du montant d'argent qui leur sera alloué en tenant compte du budget global et décide du mode de fonctionnement pour l'octroi du montant alloué.
Travailler en étroite collaboration avec les CR afin de créer une synergie facilitant une action concertée et efficace.	Consulter et informer les CR sur toute question concernant les droits des usagers. Organiser à l'occasion des rencontres avec tous les membres.
Intégrer le rapport d'activités des CR au rapport annuel d'activités du CU.	Soutenir, si nécessaire, les CR dans la rédaction de leur rapport d'activités.

IMPORTANT

Le CU et les CR doivent travailler conjointement aux intérêts des usagers de l'établissement.

(MSSS, 2006a, p. 22-30)

Le tableau 1 provient du *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents*. Certains mots de ce tableau ont été remplacés par leurs sigles pour alléger le texte (ex. les comités des usagers [CU]) et certains passages ont été supprimés pour éviter les répétitions.

Le tableau 1 permet d'avoir une bonne idée de la manière dont les CU et les CR s'acquittent, en principe, de leur mandat. On y apprend effectivement que pour remplir leur première fonction, soit celle de « renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations » (MSSS, 2006a, p. 22-23), les membres ont la responsabilité de les connaître — ces droits et obligations. Ils peuvent recevoir de la formation par des spécialistes du domaine, prendre connaissance des documents qui en traitent (ex. des extraits de la LSSSS), connaître le processus d'examen des plaintes, ainsi que le rôle du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen. Les membres ont aussi la responsabilité de faire connaître aux usagers leur rôle et leurs fonctions de comité. Ils peuvent notamment le faire à l'aide d'un dépliant explicatif ou en réalisant des activités d'information à l'intention des usagers — après avoir obtenu les autorisations nécessaires de l'établissement.

Pour remplir leur deuxième fonction, soit celle de « promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers » (MSSS, 2006a, p. 24-25-26), les membres des CU et des CR ont la responsabilité d'observer ce qui se passe dans l'établissement, de transmettre au directeur général ou au commissaire aux plaintes des avis sur des situations qui nécessitent des changements, et de faire connaître par écrit leurs suggestions d'améliorations. Ils peuvent demander une rencontre avec la direction. Les membres ne peuvent toutefois pas corriger eux-mêmes les situations préjudiciables. Ils ont plutôt la responsabilité de s'assurer que les autorités concernées prennent les dispositions nécessaires pour y remédier. Pour remplir cette deuxième fonction, les membres ont aussi la responsabilité d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement, par différents moyens (ex. des rencontres avec les usagers ou les proches, des sondages), pour ensuite en informer le commissaire aux plaintes ou la direction générale. Les membres peuvent aussi prendre connaissance des évaluations faites par l'établissement, sur la satisfaction de la clientèle, en demandant de recevoir les résultats notamment. Ils ne sont toutefois pas responsables d'effectuer des sondages pour le compte de l'établissement ou qui sont prévus dans certains processus d'agrément.

Pour remplir leur troisième fonction, soit celle de « défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un (...), ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autre autorité » (MSSS, 2006a, p. 27-28), les membres des CU et des CR ont la responsabilité de recevoir et d'évaluer les demandes faites par les usagers, qui concernent les violations de leurs droits. Pour ce faire, ils peuvent mettre en place différents moyens d'information et de signalement des

situations (ex. mettre à la disposition des usagers des moyens de communication, telle une ligne téléphonique avec répondeur). Les membres ont aussi la responsabilité d'informer l'utilisateur, qui le souhaite, sur les démarches à prendre pour exprimer son insatisfaction ou pour porter plainte, en lui remettant la procédure écrite ou en l'orientant vers l'instance appropriée (ex. le commissaire aux plaintes). Les membres se doivent de porter à l'attention du commissaire aux plaintes ou de la direction les situations qu'ils jugent inacceptables ou qui vont à l'encontre des droits des usagers (ex. les situations qu'ils ont observées dans l'établissement ou qui leur ont été soumises par les usagers). Ils ont, de plus, la responsabilité d'analyser, à partir d'une plainte reçue, si le problème est d'ordre individuel ou collectif, en rencontre de comité par exemple, pour décider des démarches à entreprendre. Les membres peuvent demander l'aide de professionnels dans les situations complexes ou qui soulèvent des questions éthiques (ex. avocats.). En tout temps, ils ont le devoir d'assurer la confidentialité.

Dans le tableau 1, il est clairement précisé que les quatrième et cinquième fonctions sont dévolues uniquement aux CU. Comme il a été mentionné précédemment, les attributions de ces comités sont effectivement plus larges que celles des CR, puisqu'ils exécutent les cinq fonctions pour l'ensemble des usagers du CSSS, alors que les CR remplissent seulement les trois premières, uniquement pour les résidents de l'installation où ils ont été formés (ex. le CHSLD) (MSSS, 2006a).

Pour accomplir cette quatrième fonction, soit celle « d'accompagner et d'assister sur demande un usager dans toute démarche qu'il entreprend » (MSSS, 2006a, p. 28-29), les membres des CU ont la responsabilité de faciliter l'accès des usagers à de l'information sur leurs droits et obligations, et sur les recours dont ils peuvent disposer. Ils ont aussi la

responsabilité d'aider l'utilisateur à formuler sa plainte par écrit ou verbalement, et de le diriger ou de l'accompagner vers l'instance appropriée (ex. le commissaire aux plaintes, la direction, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes [CAAP], le Curateur public). Le défi, pour les membres, est de remplir cette fonction de soutien et d'accompagnement sans se substituer à l'utilisateur.

Pour remplir la cinquième fonction, soit celle de « s'assurer du bon fonctionnement de chacun des CR et [de] veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions » (MSSS, 2006a, p. 30), les membres des CU ont, plus précisément, la responsabilité de planifier le soutien aux CR dans la rédaction de leurs règles de fonctionnement et dans la disposition des locaux, des équipements et des ressources financières nécessaires à leur fonctionnement. Les membres ont aussi le devoir de travailler conjointement avec les CR aux intérêts des usagers de l'établissement, entre autres, en les consultant et en les informant des questions qui concernent les droits des usagers, et en intégrant leur rapport d'activités à celui du CU.

En outre, le tableau 1 présente les fonctions et les responsabilités des CU et des CR, leurs limites d'actions, et les moyens suggérés pour s'en acquitter, mais ce tableau montre aussi les différents besoins de collaboration et de concertation des comités avec d'autres ressources et instances, tel le commissaire aux plaintes, les organismes communautaires régionaux, comme le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, le Curateur public, le Protecteur du citoyen, les spécialistes externes (ex. avocats), et les familles des usagers.

Le tableau 1 met également en lumière que les CU ont une fonction de défense des droits *collectifs*, mais aussi *individuels* (ex. accompagner sur demande un usager auprès du commissaire aux plaintes), ce que ne font pas, en principe, les CR. Ces derniers ne s'occupent que de la défense des droits collectifs qui concernent l'ensemble des résidents. À ce sujet, il y a une certaine ambiguïté entre la fonction de défense des droits *individuels* et la fonction de défense des droits *collectifs* présentées dans le Cadre de référence. En fait, selon Gagnon et al. (2014), c'est plutôt la « défense » qui est individuelle (un individu défend ses droits en portant plainte) ou collective (on défend les droits de l'ensemble des usagers). Les droits, pour leur part, ne sont pas individuels ou collectifs; ce sont toujours les mêmes droits. Or, dans la façon dont le texte est construit, en distinguant les deux formes de défense, on distingue du même coup les droits individuels des droits collectifs. Cette distinction pose problème puisqu'un manquement à un droit, par exemple, peut se poser une fois, à une seule personne, mais être révélateur d'un problème structurel dans l'organisation des services; il se peut aussi qu'en analysant une situation ou un problème, un CU puisse être amené à transformer le problème qui avait l'air au départ d'être individuel, en un problème collectif. Ainsi, un droit ou un manquement à un droit n'est pas *a priori* ou *en soi* individuel ou collectif; cela dépend de la manière dont on l'analyse. Le rôle des CU peut alors se révéler dans le fait de transformer les cas individuels en des cas généraux; soit de montrer leur portée générale. Bien que la distinction entre droits individuels et droits collectifs pose problème, nous l'utilisons dans l'analyse des situations de maltraitance portées à l'attention des CU, en parlant de maltraitance individuelle et de maltraitance collective,

car nous la jugeons pertinente et éclairante pour comprendre la nature et les causes de ces situations, mais aussi leur traitement par les CU.

Dans le système sociosanitaire, les CU ne sont pas les seuls à avoir la responsabilité de veiller au respect des droits des usagers et à la qualité des services. Plusieurs autres acteurs, comme l'agence de la santé et des services sociaux, le CA de l'établissement, la direction générale et le commissaire aux plaintes, jouent ce rôle (MSSS, 2006a). Certains liens les unissent aux CU. Par exemple, l'agence « veille à la mise en œuvre des mécanismes de participation de la population prévus par la loi, telle la formation des [CU] (art. 343, LSSSS) (...), demande au besoin le rapport d'activités du [CU] (art. 212, al. 2, LSSSS), s'assure que leur budget particulier (...) [leur] soit octroyé par l'établissement et qu'il respecte les règles budgétaires en vigueur (art. 350 et 351, LSSSS) » (MSSS, 2006a, p. 14).

Le CA, quant à lui, veille à ce que soient prises les dispositions requises pour la mise sur pied du CU et des CR, selon des règles transparentes et démocratiques qui favorisent la participation des usagers ou de leurs représentants. Il détermine la composition de ces comités et leur accorde le budget fixé à cette fin dans son budget de fonctionnement (art. 209, LSSSS, dans MSSS, 2006a).

Le directeur général a la responsabilité de s'assurer du bon fonctionnement du CU et des CR, en veillant à ce que des moyens soient mis en œuvre pour faciliter leurs actions (MSSS, 2006a), comme de leur fournir un local, leur donner la possibilité de conserver leurs dossiers de manière confidentielle et d'informer par écrit chaque usager de l'existence de ces comités. Le directeur général promeut l'existence des comités auprès

des intervenants de l'établissement, favorise la formation des membres des comités pour qu'ils développent des compétences afin de remplir leur rôle, les consulte avant l'adoption ou la révision de documents concernant les usagers et le respect de leurs droits et obligations (ex. code d'éthique, guide d'accueil à l'intention des usagers). Il sollicite également la participation des comités là où la représentation des usagers est pertinente et prend en considération les recommandations des comités. Il leur fournit les ressources matérielles nécessaires (ex. ligne téléphonique, photocopieur, Internet, service de messagerie), les aide, au besoin, à la résolution de conflits qui peut survenir et désigne, si nécessaire, un répondant pouvant être en lien avec les comités et l'établissement (MSSS, 2006a).

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, pour sa part, est responsable envers le CA du respect des droits des usagers et du traitement diligent des plaintes (art. 33, LSSSS, dans MSSS, 2006a). Il donne son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet notamment le CU (art. 33, par. 8 o, LSSSS, dans MSSS, 2006a). Certaines fonctions du commissaire et celles des comités sont complémentaires — les fonctions de renseigner, d'assister et d'accompagner les usagers. De même, ils peuvent se concerter et collaborer pour optimiser la portée de leurs actions (MSSS, 2006a).

Dans le Cadre de référence, il y a aussi des principes directeurs qui sont énoncés pour guider les actions des comités : 1) leurs actions et leurs décisions doivent être motivées par l'intérêt des usagers; 2) l'ensemble des clientèles doit être représenté sans aucune discrimination à l'égard de la couleur, de la race, de l'âge, du sexe, de la religion, du handicap, etc., afin de respecter tous les usagers, qu'ils soient hébergés ou non; 3) le respect et la collaboration, basés sur la confiance entre les membres des comités, la

direction et les autres intervenants, qui sont nécessaires à l'émergence d'une action efficace et concertée auprès des usagers; 4) l'autonomie des comités, qui est fondamentale à l'exercice de leurs fonctions et de leur mandat. Les comités déterminent leurs priorités d'action et leurs objectifs, mais ils sont redevables de leurs actions auprès des usagers qu'ils représentent et doivent répondre au CA; 5) le partenariat avec les directions d'établissement, qui doit être favorisé afin de développer une synergie réelle pour le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services dans l'établissement; enfin, 6) le respect de la confidentialité, qui est impératif au sein des comités. Les membres doivent s'en faire un devoir et prendre les moyens adéquats pour que soit respectée la confidentialité des renseignements personnels auxquels ils ont accès; en prêtant un serment de confidentialité par exemple (MSSS, 2006a).

#### **1.4 Positionnement du problème de recherche**

Il semble y avoir un décalage entre ce qui est suggéré ou prescrit dans le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents* et dans la LSSSS et la réalité du fonctionnement des comités décrite dans le rapport gouvernemental *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, visites d'appréciation de la qualité des services* (MSSS, 2004b). Ce rapport précise que la majorité des comités « [ont] de la difficulté à assumer leur rôle en raison, notamment d'une incompréhension de leur mandat, du taux élevé de roulement de leurs membres, d'un manque de soutien et de moyens » (dans MSSS, 2006a, p. 9). Les membres qui s'engagent dans ces comités le font *bénévolement*, et des efforts doivent être déployés pour que les membres comprennent bien leurs fonctions et leur rôle et développent ensuite les habiletés nécessaires pour



intervenir de façon efficace (MSSS, 2006a). Ce décalage montre l'importance de documenter le réel travail des comités dans la défense des droits des usagers (incluant sa portée et ses limites), pour prévenir et contrer la maltraitance envers les aînés dans les établissements, et de proposer, s'il y a lieu, des solutions ou des moyens pour aider les comités à mieux exercer leur rôle.

## 2. Recension des écrits et état de la situation

### 2.1 Introduction et méthodologie de la recension des écrits

Pour décrire et comprendre le réel travail des comités dans la défense des droits des usagers (incluant sa portée et ses limites), pour prévenir et contrer la maltraitance envers les aînés, et proposer des solutions ou des moyens pour aider les comités à mieux remplir leur rôle, le cas échéant, il importe de documenter les notions de défense des droits des aînés, de CU et de CR et de maltraitance envers les aînés, pour mieux les connaître et les comprendre; ce que permet la recension des écrits.

De façon plus précise, la recension des écrits, achevée à l'été 2017, avait pour objectifs de documenter : 1) la défense des droits des aînés au plan international; 2) la défense des droits des aînés comme moyen de lutter contre la maltraitance (ou de protéger les aînés contre la maltraitance) et les modes de la défense des droits des aînés; 3) les CU et les CR dans le champ de la santé et des services sociaux; et 4) la maltraitance envers les aînés.

Le tableau 2 expose les mots-clés retenus pour atteindre ces quatre objectifs documentaires.

Tableau 2 : Mots-clés utilisés pour la recension des écrits

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais
Comité de résidents, comités d'usagers et CSSS	Resident committees and long-term care center
Défendre les droits des personnes âgées	Defending the rights of seniors
Défense de droits et aînés	Advocacy and elders
Droits et aînés	Rights and elders
Maltraitance	Mistreatment, elder abuse
Violence	Violence
Négligence	Neglect
Participation publique et services de santé	Public participation and health services
Plaidoyer des personnes âgées	-----
Pouvoir gris	-----

Les mots-clés susnommés ont été croisés en anglais et en français dans quatorze banques de données informatisées sur le vieillissement, qui sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Banques de données consultées pour la recension des écrits

Abstract in social gerontology	Medline
Ageline	Pascal
Cairn	Psyinfo
Cinahl	Repère
Eric	Social Work abstracts
Érudit	Soc index
Francis	Soc index with full text

Les critères d'inclusion pour le choix des articles étaient d'être publiés entre 2000 et 2017, *Link with full text*, *Scholarly peer reviewed* et devaient permettre de répondre aux objectifs de cette recension des écrits.

Une sélection analytique exhaustive des études et des articles théoriques pertinents fut réalisée. Les grandes lignes ou idées des textes ont été intégrés dans un tableau *Word* pour en faciliter la lecture, mais aussi pour y faire ressortir les passages pertinents. Le tableau 4 présente un exemple de ce tableau.

Tableau 4 : Tableau utilisé pour la sélection des écrits

Mots clés	Banques de données	Résultats affichés	Résultats retenus	Articles	Thèmes/objectifs des articles retenus
Maltraitance et comité des usagers	Abstracts in social gerontology	0	0		
	Ageline	0	0		
	Francis	0	0		
	Pascal	0	0		
	SocIndex	0	0		
	Socindex full text	0	0		
	Social work abstracts	0	0		

Psyinfo	0	0		
Eric	0	0		
Medline	0	0		
Cinahl	0	0		
Érudit	2	1	Scodallero, C. (2006). La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social. <i>Lien social et Politiques</i> , 55, 77-88.	Le 19 novembre 2002, le Secrétaire d'État aux personnes âgées installait le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. La lutte contre la maltraitance, comme sa prévention, devenait ainsi une « cause nationale ». (...)
Cairn	0	0		
Repère	0	0		
TOTAL	2	1		

Quinze autres articles ont été relevés et intégrés à cette recherche, qui proviennent d'actes de colloques, tels que l'*International Federation on Ageing* et l'*Initiative for the Care of the Elderly*, des travaux de l'ONU, et de ceux réalisés par mon équipe de direction. Des documents ministériels ont aussi été consultés, tels le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents* et les *Plans d'action gouvernementaux pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015 et 2017-2022*. Au total, la recension compte 139 écrits.

## 2.2 Résultats de la recension des écrits

### 2.2.1 La défense des droits des aînés

#### 2.2.1.1 La défense des droits des aînés au plan international

Dans le souci de renforcer la protection des droits fondamentaux des aînés, l'Assemblée générale des Nations Unies a créé, en décembre 2010, le *Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement*. Ce groupe, ouvert à tous les États

membres de l'ONU, est chargé d'examiner le dispositif international en vigueur (qui régit ces droits) et de recenser les lacunes existantes au niveau international et les moyens de les combler, en étudiant notamment, l'opportunité d'élaborer de nouveaux instruments et de prendre de nouvelles mesures, le cas échéant (ONU, 2011a, 2012, 2013, 2014, 2015).

En avril 2011, le Groupe de travail a tenu sa première réunion d'organisation (ONU, 2011a), suivie par sept sessions de travail (ONU, 2011b, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017), plus spécialement consacrées au renforcement de la protection des droits fondamentaux des aînés. Ces sessions de travail, qui ont pris la forme d'exposés et de tables rondes, ont permis d'examiner, et dans certains cas, de réexaminer la plupart des sujets de préoccupation ayant trait à la situation des droits fondamentaux des aînés à travers le monde, dont la maltraitance et les soins aux personnes âgées (ONU, 2014).

De façon globale, les États membres, les organisations non gouvernementales, les organismes et les entités des Nations Unies et les experts indépendants ont reconnu la spécificité de certaines atteintes aux droits fondamentaux des aînés, qui n'avaient pas jusqu'alors été dûment prises en considération (ONU, 2011a). Certaines délégations, par exemple, ont reconnu que les femmes et les hommes d'un certain âge rencontraient des problèmes particuliers pour exercer leurs droits fondamentaux, et se sont dites préoccupées par la discrimination liée à l'âge, la négligence et la violence (ONU, 2011a). Plusieurs délégations ont aussi reconnu que la législation et les mécanismes existants, dans les établissements de soins, étaient insuffisants pour permettre de prévenir ou d'examiner la maltraitance envers les aînés qui y est commise (ONU, 2011b). D'autres délégations ont évoqué la nécessité, dans ces établissements, de fournir

aux aînés en situation de maltraitance notamment, les mécanismes de soutien dont ils ont besoin (ex. pour connaître leurs droits, avoir les moyens de les exercer) (ONU, 2011a, 2012). Au cours de ces sessions de travail, les experts ont exprimé la préoccupation que leur inspiraient le manque d'attention dont « souffraient » les aînés et l'insuffisance des mesures prises à leur égard aux niveaux international et national et ont évoqué les limites des mécanismes existants (ONU, 2013).

Ces sessions de travail ont permis de mettre en évidence une certaine différence de points de vue quant aux mesures à prendre, à l'échelle internationale, pour remédier à « l'absence ou à l'insuffisance » de protection des droits fondamentaux des aînés. D'un côté, certaines délégations ont affirmé qu'il était possible de mieux protéger les droits fondamentaux des aînés en appliquant de manière plus efficace et effective les mécanismes et les instruments déjà existants, dont les plans d'action qui ont été adoptés à l'échelle internationale (ex. le *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*). D'un autre côté, un nombre croissant de délégations, d'organisations de la société civile et plusieurs intervenants ont plutôt mentionné qu'il était seulement possible de réaliser l'objectif d'une plus grande protection, que s'il y avait application, au plan international, d'un instrument juridique spécifique, qui englobe les droits fondamentaux propres aux aînés, pour garantir leur participation pleine et entière à la société et lutter contre les stéréotypes, la discrimination, l'indifférence et la maltraitance (ONU, 2014).

À compter de la quatrième session de travail, le président du groupe a mentionné être pleinement conscient de cette différence de points de vue, quant aux mesures à prendre; d'un côté certains pays ne souhaitent pas parler d'une « convention » spécifique sur les

droits des aînés, et de l'autre, un nombre croissant de délégations et des représentants de la société civile demandent que le groupe s'attèle à l'élaboration d'une telle convention. Il énonça, toutefois, que pour remplir adéquatement le mandat qui leur était confié, le groupe se devait de faire l'examen des propositions relatives à l'élaboration d'un instrument juridique international, visant à promouvoir et à protéger les droits et la dignité des aînés, mais aussi présenter à l'Assemblée générale des Nations Unies une proposition indiquant, entre autres, les principaux éléments qui doivent figurer dans un tel instrument (ONU, 2013, 2014, 2015). Il a donc invité le groupe à travailler sur deux volets en parallèle, soit 1) celui de continuer de recenser les lacunes de mise en œuvre, et 2) celui de commencer à travailler sur les éléments et le texte d'un nouvel instrument juridique international (ONU, 2015). Les délégations ont donc recentré le débat sur les domaines exigeant une meilleure protection des droits de l'homme des aînés, ainsi que sur les questions et les aspects les concernant, auxquels la communauté internationale doit apporter une meilleure réponse pour que les aînés soient en mesure d'exercer pleinement leurs droits fondamentaux. Ces domaines, questions et aspects s'inscrivent dans les thématiques suivantes : égalité et principe de non-discrimination; privation de soins, violences et mauvais traitements; autonomie et indépendance (ONU, 2016).

*Le Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement* collabore à certains moments avec l'Experte indépendante chargée de promouvoir l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme, Mme Kornfeld-Matte. Le mandat de ce Groupe de travail et celui de l'Experte indépendante sont effectivement complémentaires (ONU, 2016). Plus précisément, celui de l'Experte indépendante est :

« d'évaluer les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme en vigueur, tout en déterminant les meilleures pratiques, notamment en ce qui

concerne l'application des dispositions législatives adoptées en vue d'assurer la promotion et la protection des droits des personnes âgées et les lacunes constatées dans la mise en œuvre de ces dispositions, en tenant compte des avis des parties intéressées, telles que les États, les mécanismes régionaux des droits de l'homme, les institutions nationales de défense des droits de l'homme, les organisations de la société civile et les établissements universitaires pertinents » (ONU, 2014, p. 9)

Le mandat du Groupe de travail, quant à lui, est d'ordre plus général dans la mesure où il suppose d'évaluer le dispositif international en vigueur et le recensement des lacunes éventuelles, mais aussi de formuler des recommandations sur la meilleure voie à suivre pour y remédier, entre autres, en examinant des propositions relatives à l'élaboration d'un nouvel instrument juridique international. Or, le mandat de l'Experte indépendante ne conduit pas à examiner des propositions relatives à l'élaboration d'un tel instrument (ONU, 2014). Le Groupe de travail et l'Experte indépendante peuvent toutefois se mettre en dialogue pour enrichir la réflexion sur les difficultés que rencontrent les aînés dans l'exercice de leurs droits fondamentaux et les incidences de l'actuel cadre juridique international en termes de droits de l'homme (ONU, 2016).

En 2016, Mme Kornfeld-Matte a produit un rapport, dans lequel elle analyse la mise en œuvre des instruments internationaux en vigueur à l'égard des aînés et recense les bonnes et les meilleures pratiques et les lacunes dans l'application des lois en place destinées à promouvoir et à protéger les droits des aînés. Le rapport contient également une analyse des effets de la mise en œuvre du *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* (2002) pour les droits de l'homme. Mme Kornfeld-Matte a présenté les principaux éléments, les conclusions et les recommandations contenues dans ce rapport, entre autres, au *Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement* (ONU, 2016). Dans ce rapport, l'Experte indépendante arrive à la conclusion que les aînés font



bel et bien face, dans l'exercice de leurs droits fondamentaux, à un certain nombre de difficultés, dont il importe de s'occuper rapidement. Elle précise, par exemple, que dans la mise en œuvre des lois existantes, il existe un certain nombre de bonnes pratiques ou de pratiques prometteuses, en matière de violence et de maltraitance notamment, mais qu'il subsiste un manque d'informations pour répondre, de façon adéquate, à des questions centrales telles que l'assistance aux victimes de violence ou de maltraitance et les recours disponibles. De tels « manques » suscitent un certain nombre de préoccupations en matière de protection des droits fondamentaux des aînés, qui méritent une analyse en profondeur. Mme Kornfeld-Matte souligne aussi la nécessité de faire un « partage » des bonnes pratiques au niveau régional pour orienter la mise en œuvre au plan national et même international — une mise en œuvre qui tienne compte des spécificités régionales et nationales par exemple.

Le droit international est une force puissante dans la défense et la protection des aînés, en fournissant une base de référence pour l'établissement de valeurs sous-jacentes aux politiques nationales sur le vieillissement et en reliant les préoccupations des aînés aux autres segments de la société (Tang, 2008). Le vieillissement populationnel crée de nouveaux défis dans les protections des droits, en matière de maltraitance et de soins aux personnes âgées notamment (ONU, 2014), dont il importe de se préoccuper.

#### *2.2.1.2 La défense des droits des aînés comme moyen de lutter contre la maltraitance et les modes de la défense des droits des aînés*

Au Québec, la mise sur pied des CU dans les ESSS reflète une volonté du gouvernement de mettre en place des mécanismes pour assurer le respect des droits des usagers, tout comme l'a été la nomination des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

(Gagnon et al., 2012). Chacune des fonctions attribuées aux CU et aux CR par la LSSSS<sup>9</sup>, s'inscrivent dans des pratiques de défense des droits des aînés, même si cette visée n'est pas explicitement nommée ainsi dans les documents ministériels qui encadrent leur fonctionnement (Beaulieu, Bédard et Blain, 2015)<sup>10</sup> — sauf la fonction 3. La défense des droits des aînés réfèrent à des pratiques qui se produisent avant, au moment ou après la survenue de situations préjudiciables, telles les situations de maltraitance, afin de protéger les aînés ou de les défendre, ou bien permettre aux aînés de « se » défendre contre ces situations (Bédard et Beaulieu, 2015). Si l'on prend par exemple la première fonction des CU, de renseigner les usagers sur leurs obligations et leurs droits (art. 212 LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017), cela permet aux comités de participer à la prévention de la maltraitance, puisqu'en « promouvant les droits des usagers, [ils] participent à l'éducation des usagers (mais aussi à celle de leur famille et de la population) à leurs droits, ce qui peut contribuer à la reconnaissance de ces droits dans le milieu et par là, à la prévention de leurs violations (OMS, 2011) » (Beaulieu, Bédard et Blain, 2015, p. 94).

Dans les écrits scientifiques, les pratiques de défense des droits des aînés mobilisent différents pouvoirs (personnel, interpersonnel, politique, social) (Charpentier et Soulières, 2007) pour l'engendrement des changements souhaités. Pour combattre l'oppression des « African American elders » par exemple, la défense des droits a demandé aux individus :

---

<sup>9</sup> Ces fonctions ont notamment été présentées dans le tableau 1 de cette thèse, nommé : Fonctions, responsabilités et limites d'actions des CU et moyens suggérés pour s'en acquitter : le Cadre de référence.

<sup>10</sup> Tel que dans le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents* (MSSS, 2006a).

« de se définir et d'affirmer leur identité (...) de développer des relations mutuellement empathiques et collaboratives, de surmonter l'aliénation perpétrée par les proches ou la culture dominante, de construire ces forces, de mobiliser les ressources, d'accroître l'accès au pouvoir, et d'obtenir un changement dans les conditions qui oppriment et violent leur liberté » ([traduction libre] Van Voorhis, 1998, p. 7, dans McKay, 2008, p. 672).

Au Québec, selon Dorvil (2005), ce sont surtout les activistes de mouvements de défense des droits qui ont réalisé des avancées en faveur des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, en secouant les législations de manière à favoriser l'émergence de comités, de chartes, à modifier le Code civil en matière de consentement, à élargir le mandat du Protecteur du citoyen et à octroyer de nouveaux pouvoirs au Curateur public concernant les régimes de protection. Selon Keating (2009), les groupes de défense des droits des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ont obtenu d'autres résultats importants, telle l'adoption de politiques visant à réduire les mesures de contention et d'isolement — que ces mesures ne soient utilisées qu'en dernier recours, dans d'exceptionnelles circonstances. Dorvil (2005) mentionne aussi que lorsque les individus se rassemblent dans les mouvements sociaux, ils agissent collectivement pour modifier leur environnement social et matériel, en remettant en cause les rapports de pouvoirs, de domination, les modes de décisions et les valeurs sociétales. Il ajoute également que les droits des personnes atteintes de problèmes de santé mentale font l'objet d'une attention croissante de la société, tout comme ceux d'autres groupes marginalisés, tels ceux des déficients intellectuels et des aînés.

Pour défendre les droits des aînés ou défendre ses droits, il importe d'avoir une certaine autonomie, un pouvoir d'agir, pour mettre en œuvre des actions concrètes dans les milieux. Selon Bordeleau et Gagnon (2013), l'autonomie des CR réfère à « leur capacité à faire entendre la voix des [résidents], à changer le regard porté sur leur réalité et à

influencer les décisions et le cours des choses » (p. 25)<sup>11</sup>. Le pouvoir d’agir, quant lui, peut se traduire par l’opportunité qu’ont les individus de développer leur capacité de choisir librement (ce qui nécessite la présence d’une alternative), de convertir leurs choix en des décisions (ce qui demande une certaine capacité d’analyse et d’engagement), d’agir selon leurs décisions (ce qui requiert, entre autres, des ressources) et d’être prêt à assumer les conséquences de leurs actions (Communagir, 2017).

Ainsi, la défense des droits ne peut pas (ne doit pas) reposer seulement sur une capacité individuelle de juger ou d’agir. Les environnements doivent offrir aux individus des conditions favorables à l’exercice de leur participation dans cette défense, en respectant leur autonomie, leur autodétermination (Bédard et Beaulieu, 2015). Il semble donc nécessaire que les CU puissent jouir d’une certaine autonomie, d’un pouvoir d’agir, pour défendre les droits des usagers, et que cela s’accompagne d’un respect et d’une collaboration avec les directions et les autres intervenants de l’établissement, pour contrer la maltraitance. D’ailleurs, en juin 2004, un groupe de travail s’est penché sur les mécanismes d’examen des plaintes, et a reconnu que « les [CU] sont essentiels comme mécanismes pouvant permettre une participation directe des usagers à la gestion des établissements. (...) [Il importe toutefois] d’assurer leur capacité d’influencer la gestion des établissements » (Groupe de travail sur les mécanismes d’examen des plaintes, 2004, p. 26). Il est alors important, dans cette recherche, de documenter le pouvoir d’agir des CU dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés, en mettant en lumière la place qui leur est réellement donnée pour défendre les droits des usagers dans les ESSS et leur possibilité d’agir de façon concrète et autonome dans cette défense.

---

<sup>11</sup> L’autonomie des comités sera davantage explicitée dans la partie de la recension des écrits traitant des comités des usagers et de résidents, ainsi que dans le cadre théorique de cette étude.

### ***2.2.2 Les CU et les CR dans le champ de la santé et des services sociaux***

Dans les écrits, des auteurs se sont intéressés directement ou indirectement — comme sujet secondaire, aux CU et aux CR dans le champ de la santé et des services sociaux dans leurs travaux. Plus précisément, au Québec, Gagnon et al. (2012) ont présenté les conclusions d’une étude sur le rôle (ou les fonctions) que les CR jouent (ou cherchent à jouer) dans les CHSLD et leur autonomie au sein des établissements. Pomey, Pierre et Ghadi (2009) ont documenté le rôle des CU et des CR dans la gestion de la qualité et de la sécurité dans les CSSS. Bordeleau et Gagnon (2013) ont exposé la manière dont les CR s’acquittent de leur mandat, ainsi que leur autonomie dans les CHSLD. Gagnon et al. (2014) ont mis en lumière comment les CR parviennent à acquérir une certaine autonomie et à exercer une influence dans les CHSLD. De son côté, Mascova (2012) a interrogé les conditions de mise en place d’un CR dans un CHSLD et son fonctionnement (Mascova et Thomas, 2011), à savoir si ces comités sont efficaces pour l’empowerment des aînés qui y vivent. Plus largement, Pomey et Ghadi (2009) ont présenté une comparaison de la situation en France et au Québec, quant aux modalités de participation des usagers au sein des établissements de santé. Enfin, Ghadi et Naiditch (2006) ont exposé comment peut se construire concrètement la légitimité des usagers, indépendamment des questions de représentativité. Elles voulaient connaître la valeur et le sens ajoutés d’un point de vue profane dans le traitement des problèmes.

Les écrits énumérés ci-dessus contiennent des informations pertinentes pour l’étude en cours. Elles mettent en lumière : un historique des contextes socioculturel et législatif de la participation des usagers dans le champ de la santé et des services sociaux en France et au Québec; les actions adoptées par les représentants d’usagers des deux côtés de

l'Atlantique; et les outils visant à soutenir cette participation; la composition des CU et des CR dans les études et les écrits susnommés; en plus de la durée et la fréquence des rencontres des comités; les motivations des membres; les activités des comités; les relations et la crédibilité des CU et des CR; leur autonomie; leurs limites; ainsi que leur influence dans les milieux. Voici, plus en détail, ces informations.

#### *2.2.2.1 Un historique de la participation des usagers dans le champ de la santé et des services sociaux en France et au Québec*

Pomey et Ghadi (2009) précisent qu'en 1996, en France, les ordonnances Juppé, sur la réforme hospitalière, prévoyaient la participation de deux représentants d'usagers au sein des CA des établissements publics, ainsi que des instances de délibération régionale de santé publique. Avec la création de divers organismes, telle la Commission de Conciliation censée traiter des plaintes et faire de la médiation, la représentation des usagers s'est étendue. Dans le même temps, le milieu associatif s'est structuré, et a accru son champ d'action ([Fillion, 2009; Barbot 2002], dans Pomey et Ghadi, 2009). Les lois du 2 janvier 2002 (Journal officiel de la République française, 2002a) et du 4 mars 2002 (Journal officiel de la République française, 2002b) ont ensuite permis d'étendre et d'affirmer la participation des usagers dans les instances sanitaire et médico-sociale, en consacrant juridiquement des formes nouvelles de représentation des usagers dans le système de santé (Ghadi et Naiditch, 2006). Le Collectif Inter Associatif Sur la Santé (CISS), qui réunit des associations de personnes en situation de handicap ou malades, des familles et des consommateurs, a joué un rôle clé dans la rédaction de la loi du 4 mars 2002 (Ghadi, 2009). Cette dernière loi précise « le mode de désignation des usagers, pose le principe d'un statut du représentant des usagers – lui attribuant un droit

au congé de représentation – et prévoit la nomination d’un troisième représentant des usagers dans les CA » (Pomey et Ghadi, 2009, p. 54). La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) a, par la suite, remplacé la Commission de Conciliation, et son mandat a été étendu (Caniard, 2000, dans Pomey et Ghadi, 2009). Ainsi, en reliant la définition d’une politique d’amélioration de la prise en charge, à la gestion des plaintes, et en faisant des usagers des acteurs incontournables de cette dernière, cette commission fournit une place aux usagers pour agir sur le fonctionnement de l’hôpital — elle est mise sur pied dans tous les établissements privés ou publics. Après, le décret de janvier 2006 a permis de créer une commission nationale chargée de donner un agrément aux associations (au plan régional ou national), à partir de certains critères. Le fait d’appartenir à une association agréée devient alors une condition pour obtenir un mandat de représentant d’usagers au sein du CA de la CRUQPC; qui fut une fois de plus changée (la CRUQPC) en Sous Commission de la Qualité et de la Sécurité des Soins au sein du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et de la Commission Médicale d’Établissement. Le directeur de l’Agence Régionale de l’Hospitalisation (ARH) peut alors nommer les représentants d’usagers, après avis du préfet, qui sont choisis sur une liste de personnes conseillées par les associations agréées du département. Des établissements de santé ont aussi créé des « maisons d’usagers », qui ont pour rôle d’accueillir des usagers individuels, de tenir une permanence associative, et de fournir un soutien au travail des représentants d’usagers dans la réalisation de leur mandat. Ces maisons d’usagers ont quelques similarités avec le modèle des CU québécois.

Au Québec, selon Pomey et Ghadi (2009), c'est la Commission Castonguay-Nepveu, dans les années 1970, qui mit de l'avant l'importance de la participation publique au sein du système sociosanitaire (Castonguay-Nepveu, 1970). Dans les années 1980, c'est la Commission Rochon, qui énonça qu'une plus grande place devait être accordée au public dans le système de la santé et des services sociaux, pour qu'il puisse exprimer ses besoins et devenir un acteur dans le processus de prise de décisions (Rochon, 1988). Les usagers étaient alors représentés par des CU, généralement présents dans les centres de longue durée et les hôpitaux psychiatriques, de façon optionnelle (Godbout, Leduc, Collin, 1987, dans Pomey et Ghadi, 2009). La LSSSS fut ensuite modifiée, à plusieurs reprises, pour aboutir en 2005 à la reconnaissance législative des CU et des CR, ayant pour responsabilité de faire entendre la voix des usagers sur les affaires des ESSS (Gouvernement du Québec, 2017). En 1993, dans les différentes régions de la province, des CAAP ont été créés pour venir assister ou accompagner les personnes souhaitant porter plainte dans leurs démarches. Actuellement, au Québec, la participation des usagers dans le fonctionnement du système sociosanitaire se fait à travers les CU, l'évaluation de la satisfaction des usagers, les CA des établissements et la gestion des plaintes. Selon Pomey et Ghadi (2009), le traitement des plaintes est toutefois sous la responsabilité d'un commissaire, « et les usagers sollicités dans le cadre du comité de vigilance et de la qualité, ne sont là que pour vérifier que le commissaire remplit bien sa mission, les cantonnant dans un rôle passif » (p. 57).

#### *2.2.2.2 Les actions adoptées par les représentants d'usagers en France et au Québec*

Selon Pomey et Ghadi (2009), les actions adoptées par les représentants d'usagers en France et au Québec diffèrent. Le système français s'est construit à partir d'une lutte



menée par les associations dans le domaine de la santé pour être reconnues dans un contexte où des scandales sanitaires ébranlaient les politiques et le pouvoir médical. Les associations se sont placées dans une perspective participative et critique, en développant une action de lobbying, et en investissant le champ de la représentation institutionnelle. Dans les établissements, « les relations se sont (...) construites sur un mode partenarial, (...) en énonçant le souci permanent de ne pas se faire instrumenter » (p. 58). Le combat a été moindre au Québec. Par exemple, selon Pomey et al. (2009), le CPM existe depuis 1974, mais il ne bénéficie pas d'un financement récurrent de la part du MSSS, et ses actions se font généralement sous une forme participative ou revendicative. Le contexte culturel peut en partie expliquer cette différence. En effet, Pomey et Ghadi (2009) précisent que le Québec a implicitement mêlé la fonction de revendication à celle d'accompagnement des usagers, alors que la France a dissocié les fonctions de défense des droits et de représentation, de celles d'animation et d'accompagnement. Or, les associations qui relèvent seulement des missions d'animation et d'accompagnement sont exclues de la représentation légale. Ces dernières ont longtemps prôné une « non-intervention active » dans la politique de l'établissement. Craignant notamment des réactions hostiles de la part des professionnels, pouvant compromettre leurs interventions dans les services, les bénévoles de ces associations ont choisi de « garder pour eux » les dysfonctionnements qu'ils pouvaient possiblement repérer. Ces associations prennent toutefois de plus en plus conscience « de leur apport potentiel dans l'amélioration de la prise en charge des malades et de leurs proches compte tenu de leur connaissance intime du terrain » (p. 58). C'est pourquoi certaines d'entre elles envisagent de former certains de leurs membres

aux droits des usagers, pour qu'ils puissent remplir un mandat de représentation. Le débat concernant la distinction ou la dissociation entre ces fonctions est toujours d'actualité; est-il possible de concilier activité bénévole dans un établissement, et celle de représentant d'usagers dans ce même établissement? Cette conciliation se fait dans les maisons d'usagers françaises, qui ont des similitudes avec les CU québécois. Les auteures se questionnent alors à savoir si au Québec, comme plusieurs représentants d'usagers sont aussi des bénévoles, on verra s'opérer le mouvement contraire des comités vers la construction « d'une expertise profane [basée sur leur expérience individuelle, leur connaissance intime du terrain] plus médicalisée » (p. 58). En France par exemple, la reconnaissance de « l'expertise profane » a permis aux représentants d'usagers d'investir les champs potentiels d'intervention sur des sujets plus techniques liés à la sécurité ou à la qualité des soins (au sein de la CRUQPC par exemple, un lien peut être établi entre la politique d'amélioration de la qualité et la gestion des plaintes). Selon les auteures, au Québec, cette possibilité d'investissement, d'implication des représentants d'usagers, dans ces champs d'intervention, sur ces sujets plus techniques, dépend beaucoup du contexte local et de la place que la direction veut bien leur céder.

#### *2.2.2.3 Les outils visant à soutenir la participation des usagers en France et au Québec*

Pomey et Ghadi (2009) présentent les outils (ou les mesures) mis en place par les pouvoirs publics français pour outiller la participation des usagers dans les établissements de santé, soit le congé de représentation de neuf jours, le financement de la formation des représentants d'usagers et la mise en place d'une ligne téléphonique « Santé Info Droits ». Le CISS est financé pour gérer cette ligne et former les représentants. Un référentiel sur les missions des représentants d'usagers a aussi été créé

pour mieux appréhender leurs besoins de formations. Plus d'une centaine de représentants d'usagers ont bénéficié des formations du CISS, et d'autres de formations de leur association, mais ce nombre est insuffisant au regard du nombre potentiel de représentants estimé à 15 000 hors et dans l'hôpital. De plus, l'accès au congé de représentation n'est pas vraiment utilisé, et il semble difficile pour les représentants de concilier activité professionnelle et exercice d'un mandat de représentation.

Au Québec, selon Pomey et Ghadi (2009), la situation est moins avancée, puisque le MSSS n'offre pas de formation spécifique aux CU et aux CR, qui doivent se former sur le terrain, avec l'aide du CPM et du RPCU — le RPCU offre des formations aux comités, dont une sur la maltraitance envers les aînés. Le MSSS a toutefois publié un document sur les lignes directrices pour la mise en place des comités (MSSS, 2006b), un cadre de référence sur l'exercice de leurs fonctions (MSSS, 2006a), en plus d'un règlement sur les modes de fonctionnement de ces comités, qui fut proposé par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, en 2006 — cette association a cessé ses activités le 31 mars 2015 (Pomey et al., 2009). Des lieux d'échanges ont aussi été créés, comme le congrès annuel du RPCU, où environ 400 personnes y participent chaque année; ce qui montre l'intérêt des membres des comités d'échanger sur les problématiques rencontrées. Pomey et al., (2009) mentionnent à cet effet qu'il est important de créer des lieux d'échange, où les membres des comités peuvent partager leurs savoir-faire et développer des connaissances et des outils.

De leurs côtés, Ghadi et Naiditch (2006) mentionnent qu'un des débats sur les procédures d'accompagnement des groupes d'usagers, en France, a trait à la nécessité ou non de les former. Ce débat oppose deux visions. D'un côté, on considère que la

présence des usagers n'a de sens que si on part de leurs expériences, de leurs préoccupations et de leurs attentes; ce sont ces éléments qui fondent leur point de vue spécifique. En les formants, on risque de les « déformer », en les menant à accepter les contraintes organisationnelles, et « en les inhibant, avec dans tous les cas, le risque d'aboutir à des recommandations favorables aux professionnels » (p. 179). Selon cette vision, il serait préférable de construire des procédures qui permettent aux professionnels de s'introduire dans une « logique des usagers », comme c'est le cas pour les démarches de santé communautaire. De l'autre côté, on est d'avis que l'expérience individuelle des usagers est en effet une source de connaissances, mais qu'elle n'est pas suffisante. Selon cette vision, l'utilisateur doit être informé de tous les faits, connaissances objectives et logiques des autres groupes d'acteurs, pour pouvoir intervenir pleinement dans le processus décisionnel — bien saisir les enjeux, participer à leur arbitrage. En outre, une information ou une formation des usagers — sur les enjeux existants sur la question abordée, avant une réflexion de groupe, permettrait aux usagers d'outrepasser une simple énonciation de leurs besoins, pour émettre des propositions et exercer leur jugement. Selon les auteures, le fait de développer un « socle commun de connaissance » est la première étape pour constituer un groupe d'individus, au départ isolés, en un réel collectif. Chacun des usagers peut ainsi resituer sa position personnelle (ex. son expérience, son vécu) et la confronter à celle des autres (ex. les experts, les pairs); ce qui peut toutefois déstabiliser les usagers (ex. du fait des positions des professionnels). Cette prise de distance, par rapport à son expérience personnelle et à la position des experts, permet au groupe de se construire une position collective, soit une « montée en généralité » de leurs positions et de leurs préoccupations. Le groupe est

alors en position de défendre un point de vue profane vis-à-vis des professionnels et se sent légitime à le faire, puisque les membres ont la capacité de traiter de questions qui ne les concernent plus individuellement.

#### *2.2.2.4 La composition des CU et des CR dans les écrits*

Au Québec, les CR étudiés sont composés de cinq à onze membres, dont un président, un trésorier et un secrétaire. Ces membres sont souvent des proches des résidents (le résident est parfois décédé, mais le proche continue son engagement au sein du CHSLD), tel un membre de famille, ainsi que des bénévoles et des résidents du centre d'hébergement (Bordeleau et Gagnon, 2013; Mascova, 2012; Gagnon et al., 2012). L'engagement des résidents, dans les comités, est parfois plus difficile que celui des proches ou des bénévoles, étant donné qu'ils peuvent être aux prises de déficits physiques ou cognitifs (Gagnon et al., 2012). La présidence ou la trésorerie des CR est généralement assurée par des proches ou des bénévoles (Bordeleau et Gagnon, 2013). Dans l'étude de Pomey et al. (2009), les huit présidents des CR — quatre femmes et quatre hommes, avaient un niveau de scolarité se situant entre le secondaire 5 et la scolarité doctorale. Ils étaient majoritairement en activité; deux seulement étaient retraités. Leur engagement au sein d'un CR s'échelonnait d'un à huit ans. Dans les CR étudiés, il arrive aussi qu'un membre du personnel de l'établissement (ex. une agente administrative) agisse comme « personne-ressource » pour animer les réunions des comités, réaliser des tâches de secrétariat ou faire le lien avec la direction. Il peut être employé par tous les CR d'un CSSS (Bordeleau et Gagnon, 2013). Des invités assistent également aux rencontres des CR (Gagnon et al., 2012). Plus précisément, un coordonnateur du CHSLD est souvent invité à l'ensemble de la réunion ou à une partie,

pour entendre les préoccupations et les demandes des membres, fournir des réponses aux questions et faire le suivi des changements en cours ou à venir. Occasionnellement, d'autres employés du CSSS se joignent aux réunions des CR pour donner des informations ou répondre à des questions concernant leur domaine ou leur secteur de responsabilités (ex. un chef d'unité) (Bordeleau et Gagnon, 2013).

Bordeleau et Gagnon (2013) mettent en lumière que dans un CSSS comptant huit CR, un comité central des résidents a été créé pour que les membres puissent avoir un espace de discussion sur les préoccupations qui touchent l'ensemble des comités (ex. le manque de personnel), et qu'ils trouvent difficilement des solutions au plan local. Grâce à ce comité, des représentations peuvent être faites directement à la direction générale de l'hébergement, et des solutions être trouvées pour tous les CHSLD. Même si un tel mécanisme n'est pas prévu dans la LSSSS, les CR ont jugé utile de l'avoir pour coordonner leurs actions. Généralement, c'est le président de chaque CR qui est désigné pour siéger au comité central. Les représentants se choisissent ensuite un président et un secrétaire pour préparer et animer les rencontres. Le directeur de l'hébergement et le directeur adjoint sont invités à toutes les réunions du comité, pour entendre, répondre ou réagir aux questions et aux préoccupations. Quelques semaines avant la rencontre, le directeur de l'hébergement est informé de ces questions, afin qu'il puisse bien se préparer à y répondre. Le président du comité central assure ensuite le suivi auprès du directeur. Parfois, d'autres personnes sont invitées à ces réunions pour discuter de problèmes ou de questions spécifiques (ex. le directeur des ressources techniques). Selon les besoins, le comité central se réunit d'une à trois fois par année.

Selon Ghadi et Naiditch (2006), il importe que les représentants d'usagers — à titre individuel ou associatif, aient de véritables espaces de discussions, d'échanges et de débats pour élaborer des projets collectifs, être en relation avec les usagers ou leur entourage et mener des réflexions sur des thèmes qu'ils ont choisis. Cela permet de mieux porter la parole collective des usagers et de renforcer la légitimité du collectif.

En ce qui a trait aux CU, dans l'étude de Pomey et al., (2009), les huit présidents — quatre femmes et quatre hommes, y ayant participé avaient un niveau de scolarité variant entre le secondaire 5 et le 2<sup>e</sup> cycle universitaire. Cinq présidents étaient retraités et un n'avait jamais occupé d'emploi. Un seul président vivait en hébergement pour personnes en perte d'autonomie. La période d'engagement minimale en tant que membre d'un CU se situait à environ un an, mais deux présidents œuvraient depuis plus de vingt ans auprès de résidents. Il s'agit des seules informations, dans les écrits, concernant la composition des CU.

#### *2.2.2.5 La durée et la fréquence des rencontres des CU et des CR*

Les CR se réunissent de quatre à dix fois par année, pour des réunions d'environ deux à trois heures (Bordeleau et Gagnon, 2013; Gagnon et al., 2012).

La fréquence des rencontres des CR peut avoir des conséquences sur le suivi des questions traitées (Bordeleau et Gagnon, 2013). Par exemple, seulement trois ou quatre réunions par année peuvent empêcher d'assurer un suivi approprié des questions plus urgentes, qui méritent que des mesures soient prises. Il peut aussi arriver que les personnes chargées de certains dossiers (ex. alimentation) ne soient pas en mesure d'assister à la réunion du CR à la date prévue; ce qui peut reporter le suivi de la question

à plusieurs semaines, voire à plusieurs mois. Inversement, trop de réunions annuelles (ex. huit ou neuf) peut faire en sorte qu'il y ait peu de nouveaux sujets de discussion à traiter, et que la direction ne puisse pas avoir le temps de trouver la réponse ou l'information à une question, entre deux rencontres.

#### *2.2.2.6 Les motivations des membres des CU et des CR*

Dans les résultats de l'étude présentés par Pomey et al., (2009), les motivations des présidents des CU et des CR, à s'engager dans ces comités, sont groupées autour de trois grands facteurs : 1) l'expérience d'utilisation des services par un proche, qui permet un contact avec la réalité du système sociosanitaire (ex. en hébergement); 2) le vieillissement populationnel et la fragilité de certaines catégories d'usagers, qui sensibilisent les individus et aiguissent leur penchant à s'engager dans un CU ou un CR; et 3) l'envie de participer à l'amélioration de la qualité des services.

De leurs côtés, Bordeleau et Gagnon (2013) précisent que la fréquence des rencontres des CR peut influencer les motivations des membres. Par exemple, trop peu de rencontres (trop espacées) font en sorte que les réunions doivent couvrir plusieurs sujets; ce qui peut rendre les réunions très longues et donner l'impression que les dossiers ne semblent pas avancés. À l'inverse, trop de rencontres (trop rapprochées) donnent l'impression aux membres de se répéter et de tourner en rond.

#### *2.2.2.7 Les activités des CU et des CR*

Pomey et al. (2009) mentionnent que le discours de sept professionnels gestionnaires et de seize présidents de CU et de CR, ayant participé à leur étude, a permis de mettre en lumière que le rôle d'informateur et de défenseur des droits est associé sans différences



aux présidents des CU et des CR; tous deux contribuent à faire entendre la voix des usagers au sein des établissements. Selon les auteures, comme ces comités sont informés des expériences des usagers et des résidents relativement aux soins et aux services, ils aident à la circulation de l'information entre les acteurs concernés — usagers, résidents, familles, directions. Ces comités développent aussi des activités pour bonifier les soins et les services, en participant à la rédaction de documents destinés aux usagers, en initiant des changements en lien avec la salubrité ou l'aménagement des lieux, et en participant aux discussions entourant la mise en œuvre de programmes. Comme les CU chapeautent les activités des CR, leurs actions au sein d'un même établissement ne sont jamais dissociées ou isolées. Les présidents des CU et des CR interviewés sont d'avis que les comités sont une référence pour les usagers, les résidents et les gestionnaires, et que les membres peuvent être interpellés lors de la prise de décisions concernant les usagers ou les résidents. Ce point de vue est partagé par des professionnels gestionnaires, qui reconnaissent l'importance de s'adresser aux comités pour améliorer les décisions se rapportant aux usagers et aux résidents. De plus, pour les gestionnaires, l'importance du rôle et de la participation des comités se trouve dans leur présence au sein de la structure officielle de l'établissement, mais également dans la présence de certains de leurs membres au comité de vigilance et de la qualité. Ils ont ainsi un droit de vigilance quant aux droits des personnes (c'est-à-dire le droit de veiller à ce qu'ils soient respectés, le droit d'être « attentif » à ce qui peut les violer), et un statut d'accompagnant pour les usagers. Des gestionnaires dénoncent toutefois le fait que les usagers siégeant à ce comité ramènent trop souvent les questions à eux-mêmes et perdent de vue la vision collective. Un autre gestionnaire a mentionné que l'implication du CU de son CSSS était

insuffisante. Il aimerait que ce dernier se rapproche encore plus des usagers et qu'il développe des moyens d'action pour étendre sa participation (ex. dans la promotion du rôle du commissaire aux plaintes ou dans le processus de déclaration des accidents/incidents). Selon lui, le CU devrait maintenir à jour un plan d'amélioration de la qualité et présenter des résultats concrets quant aux objectifs d'amélioration fixés.

Dans les résultats de l'étude présentés par Bordeleau et Gagnon (2013), il ressort que le travail des CR se résume essentiellement « à formuler un ensemble de besoins, de préoccupations et d'insatisfactions qu'ils traduisent en demandes ou plaintes et qu'ils communiquent à la Direction du [CHSLD] ou à la Direction générale du CSSS » (p. 14). Les réunions des CR permettent aux membres d'exprimer ces préoccupations, demandes et plaintes, ainsi qu'un échange autour des réponses et des explications fournies par la direction. Trois grands ensembles de besoins, de préoccupations et d'insatisfactions sont exprimés par les membres. Le premier concerne des aspects précis de l'offre de service, qui se révèlent en des demandes d'ordre matériel, telles les modifications à apporter au menu et le nettoyage des fauteuils roulants. Les membres des comités « *formulent [ces] demandes* » (p. 15) de façon relativement précise. Le deuxième ensemble concerne les comportements de certains membres du personnel, qui sont jugés irritants, inappropriés ou inacceptables, tels des attitudes condescendantes, des gestes brusques ou des remarques irrespectueuses, pour lesquels les membres des CR « *exercent une surveillance* » (p. 15), en dénonçant les manquements observés. Le troisième ensemble concerne des problèmes plus structuraux, telle la pénurie de personnel, dont la réponse passe par des changements organisationnels (ex. dans l'organisation du travail), l'affectation de ressources ou des mesures ministérielles. Pour cet ensemble, les CR

« *font des représentations* » (p. 15) pour que des solutions soient trouvées et mises en œuvre à moyen et long termes.

Gagnon et al., (2012), de leurs côtés, mentionnent que les activités des CR peuvent être groupées autour de trois grandes fonctions : sociale, de gestion et critique. Les comités exercent toujours au moins deux de ces fonctions et leur choix dépend de la façon dont les membres se représentent leur rôle, ainsi que des capacités dont dispose le comité.

La *fonction sociale* réfère au fait que les membres réalisent des activités (ex. envoi d'une carte à chaque résident à sa fête) ou font des achats pour l'établissement (ex. balançoires extérieures), pour favoriser la sociabilité entre les résidents et réduire leur isolement. Cette fonction permet aux membres de voir des effets immédiats de leurs actions et d'avoir le sentiment de contribuer de façon tangible à l'amélioration de la vie des résidents; ce qui les encourage à poursuivre leur engagement au sein du comité puisqu'ils ont le sentiment d'être utiles. Ces actions favorisent l'amélioration des relations avec la direction, en plus de contribuer à l'enracinement du comité au sein du CHSLD. Cette fonction demande aux membres de se décentrer d'eux-mêmes ou de leurs proches pour s'intéresser aux volontés des autres résidents (Gagnon et al., 2012).

À cet effet, Bordeleau et Gagnon (2013) précisent que les membres des comités doivent être présents dans les CHSLD, observer ce qui s'y passe, participer aux activités et échanger de façon informelle avec les résidents ou leurs proches. Il s'agit de connaître le milieu et les gens en échangeant et en écoutant. Les résidents siégeant au CR peuvent le faire à tout moment, mais leur santé globale peut limiter leur implication. Les membres bénévoles, quant à eux, peuvent le faire en organisant ou en participant aux activités, et

les proches des résidents, le faire lors des visites à la personne hébergée. Cette présence dans les CHSLD peut représenter un défi pour les bénévoles et les proches, puisqu'ils ont souvent d'autres activités (ex. un travail). Il y a aussi des moyens formels par lesquels les membres des CR peuvent connaître les préoccupations ou les besoins des résidents ou de leurs proches, telles les assemblées générales ou les boîtes à suggestion, qui sont toutefois généralement peu efficaces.

Enfin, des moyens matériels sont nécessaires pour organiser des activités et faire des achats, comme un budget et le soutien des membres personnel (Gagnon et al., 2012).

*La fonction de gestion*, quant à elle, selon Gagnon et al. (2012), réfère au fait que les membres des CR informent la direction des besoins ou des insatisfactions des résidents, ou de leurs proches, en laissant à l'organisation le soin d'y répondre. Les besoins concernent divers aspects de la vie des résidents (ex. les menus des repas), et les comités les identifient à l'aide de différents modes de consultation (ex. boîte à suggestions), mais surtout en se basant sur leurs expériences, leurs impressions ou en échangeant avec les autres résidents ou leur proche de façon informelle. Les insatisfactions, quant à elles, renvoient aux situations jugées inacceptables, telles les situations de négligence. L'expression des insatisfactions, contrairement aux besoins, remet en question les pratiques, les modes de fonctionnement ou de gestion de l'établissement, et peut être menaçante ou dérangeante pour le personnel ou la direction. Lorsque le CR informe la direction de ces besoins ou insatisfactions, cette dernière peut « mieux connaître les résidents (...) adapter ses services et son fonctionnement à leurs besoins (...) identifier plus rapidement les problèmes et (...) les corriger » (p. 9).

Cette fonction demande aux membres de se décentrer d’eux-mêmes, tout comme pour la fonction précédente, pour connaître les besoins et les insatisfactions des résidents, et de se donner des moyens pour le faire (ex. observer quotidiennement la façon dont les services sont administrés aux résidents). Plusieurs membres ont avant tout accepté de siéger au CR pour corriger un problème qui affectait leur proche hébergé, ou qui les affectait personnellement (Gagnon et al., 2012).

Pour remplir cette fonction de gestion, il importe que l’animation et la structure des réunions des CR favorisent la prise de parole des membres, en soutenant les personnes qui ont de la difficulté à le faire et en favorisant le respect des points de vue divergents ou minoritaires. Les membres ne doivent pas se sentir gênés de discuter de certains besoins (ex. concernant la sexualité) ou d’exprimer certaines insatisfactions (ex. comportements négligents des membres du personnel) (Gagnon et al., 2012). Les propos de Bordeleau et Gagnon (2013) vont dans le même sens, lorsqu’ils précisent que des membres sont plus à l’aise de parler, que d’autres, plus timides ou réservés; certains membres sont plus émotifs et passionnés, d’autres plus calmes dans leurs interventions. Des membres peuvent également éprouver des problèmes d’élocutions en raison d’une maladie par exemple, qui peuvent limiter ou rendre plus ardues leurs interventions. Ces membres auront possiblement besoin de plus de soutien et d’encouragements.

Parfois, lors des réunions des CR, des membres s’expriment sur de nombreux sujets, un peu mêlés et d’importance inégale. Selon Bordeleau et Gagnon (2013), les membres devraient plutôt choisir un nombre restreint de sujets par rencontre et en discuter en profondeur. Des résidents ont aussi l’habitude de parler de leurs propres problèmes et à oublier les problèmes plus généraux, qui touchent l’ensemble des résidents du CHSLD.

Pour remplir la fonction de gestion, Gagnon et al., (2012) ajoutent que les membres des CR doivent établir une relation de confiance avec la direction, pour favoriser l'expression des besoins et insatisfactions et leur écoute par la direction; souvent, un représentant du CHSLD assiste à une partie des réunions des CR pour les entendre. Les comités conservent également un moment « à huis clos », lors des rencontres des CR, pour discuter entre eux de certains sujets et s'exprimer librement. À ce sujet, Bordeleau et Gagnon (2013) mentionnent que certains membres souhaitent s'entretenir entre eux avant que les gestionnaires se joignent aux réunions des CR, pour discuter de façon confidentielle de certains résidents ou de leurs proches qui leur ont confié des problèmes, et pour déterminer les éléments à aborder avec les gestionnaires. Cela permet aux membres de parler plus librement et d'éviter de dévoiler aux gestionnaires la provenance des insatisfactions ou des plaintes, et par le fait même, réduire la peur des représailles.

Enfin, la *fonction critique*, selon Gagnon et al. (2012), renvoie au fait que les membres des CR participent à l'analyse des problèmes portés à l'attention de la direction et à la recherche de solutions. Plus précisément, ils font un examen du problème, une appréciation de ses causes et imaginent des solutions. Ils tentent de changer la compréhension que la direction a d'une réalité dans le CHSLD, et des réponses potentielles à un problème, en attirant son attention sur des éléments qui n'étaient pas considérés, et en proposant des solutions différentes de celles retenues par la direction. Les membres peuvent aussi refuser les réponses données par la direction pour justifier ou expliquer des situations jugées inacceptables; ce qui la force à chercher des solutions. Les comités se voient ainsi comme des *partenaires* de la direction, et non juste comme

des informateurs, puisqu'ils sont de vrais interlocuteurs — ils posent des questions, ils exigent de l'information et l'évalue, puis énoncent leur position. Les comités peuvent ainsi dépasser leur rôle de « courroie de transmission des insatisfactions » (p. 11), pour mettre de l'avant des questions comme les droits et les obligations des résidents.

Pour que cela soit possible, il importe que les comités obtiennent de la direction l'information pertinente, la comprennent et se l'approprient. Ils doivent aussi être en mesure de contester ou de questionner la direction, d'exiger si nécessaire, des éclaircissements sur certaines décisions, et d'offrir une autre vision des situations discutées (Gagnon et al., 2012).

Le travail en réseau peut faciliter l'exercice de cette fonction puisque le fait d'avoir des contacts avec d'autres CR, ou des regroupements provinciaux de comités par exemple, permet de connaître ce qui se fait dans d'autres milieux, de recevoir des suggestions, et de se concerter pour faire pression sur le ministère ou les établissements (Gagnon et al., 2012).

Il importe également que le fonctionnement des CR favorise un suivi auprès de la direction; plusieurs des changements discutés ou argumentés vont se faire sur une période assez longue, ou graduellement ou les solutions vont tarder à venir. Pendant ce temps, des membres des comités et de la direction vont possiblement changer. Un suivi étroit permet de s'assurer que les nouveaux membres « ne reprennent pas la discussion du début et que les changements entrepris soient complétés » (Gagnon et al., 2012, p. 11). Les propos de Bordeleau et Gagnon (2013) vont dans le même sens lorsqu'ils mentionnent que les comités ont intérêt à exercer un suivi étroit des demandes soumises

à la direction, et des réponses apportées, concernant les problèmes d'ordre structurel notamment, étant donné que leur solution ne se trouve que régulièrement à moyen ou long terme. Un suivi étroit permet d'éviter, année après année, de revenir sur les mêmes questions et de les reprendre depuis le début, et de s'assurer que le problème soumis à la direction n'a pas été oublié du fait que la solution tarde à venir, et que l'on continue à chercher une réponse ou à mettre en place des mesures pour en réduire les désagréments. Le roulement de personnel au sein des comités, des gestionnaires et des intervenants, peut entraîner des ralentissements dans les suivis des dossiers, qui rendent les comités moins efficaces; et ultimement, entraîner une perte de motivation chez les gestionnaires et les membres des comités. Pour faire un suivi étroit, les membres doivent faire un compte rendu de leurs réunions « et un suivi systématique à la rencontre suivante » (p. 17). Il serait également utile pour les comités de faire un bilan de fin d'année et de formuler des objectifs pour l'année à venir, pour s'assurer que les questions les plus importantes restent à l'ordre du jour.

#### *2.2.2.8 Les relations et la crédibilité des CU et des CR*

Bordeleau et Gagnon (2013) précisent que la relation qu'entretient un CR avec la direction du CHSLD est nécessaire dans l'exercice de ses fonctions. La direction est l'interlocuteur principal du comité; elle reçoit les doléances des membres, entend les préoccupations et répond aux questions. Les CR entretiennent également des relations avec les coordonnateurs des CHSLD, qui assistent à leurs réunions (comme invités); ces derniers donnent de l'information aux membres, répondent également aux questions et font le suivi des changements demandés. Les CR ont aussi des relations avec d'autres gestionnaires du CHSLD, qui assistent également, à l'occasion, aux réunions des



comités pour répondre aux questions des membres concernant leur secteur de responsabilité. Les relations entre ces acteurs se construisent au moment de la tenue des réunions des CR, grâce à la forme et à la teneur des échanges, mais aussi lors de contacts entre le président du comité et le coordonnateur du CHSLD, en dehors des rencontres.

Selon ces auteurs, la façon dont le président du CR assume son rôle est importante, puisque son attitude et ses actions vont contribuer à rendre le comité efficace et crédible aux yeux de la direction (ex. sa connaissance des dossiers, son attitude respectueuse et ferme, sa reconnaissance du travail bien fait par les membres du comité, la direction et les employés). Une bonne collaboration repose sur une confiance mutuelle et une crédibilité. La crédibilité permet d'avoir une ouverture vis-à-vis du point de vue de l'autre, de le prendre au sérieux, et de « chercher à élargir sa propre perspective en intégrant celle de l'autre. Elle exige de prendre le temps d'expliquer son point de vue et de le justifier » (p. 21). Il importe ainsi que les membres des CR comprennent les informations qui leur sont transmises, et que la direction, de son côté, transmette une information complète et compréhensible — par des non spécialistes. En outre, autant le CR doit expliquer les raisons de ses demandes (ex. pourquoi il considère qu'un droit a été violé dans une situation dénoncée), autant la direction doit prendre le temps d'expliquer ses décisions et ses choix. Dans les résultats de l'étude présentés par Bordeleau et Gagnon (2013), autant du côté des membres des CR, que des gestionnaires interviewés, les relations entre ces acteurs étaient décrites comme étant positives.

Bordeleau et Gagnon (2013) ajoutent toutefois que les relations (les échanges et la communication) sont peu présentes entre les CR du CSSS étudié d'une part, et le CU et

le comité central des résidents d'autre part. Les membres des CR, qui siègent à ces deux comités centraux, ne font pas vraiment de comptes rendus des réunions aux membres des CR locaux; ce qui fait que des membres ne connaissent même pas le mandat du CU et celui du comité central des résidents, et certains ignoraient même leur existence. Selon les auteurs, il serait important que les membres des CR, qui siègent à ces deux comités centraux, prennent connaissance des préoccupations exprimées lors des réunions, et des décisions prises, fassent des comptes rendus verbaux ou écrits résumant ces points, et qu'ils les présentent ensuite aux comités locaux. Il peut arriver que des problèmes plus structureux puissent seulement être résolus à un niveau décisionnel supérieur. Or, une meilleure communication entre ces comités « permettrait d'informer les membres des décisions qui sont prises ailleurs et des solutions trouvées dans d'autres centres pour répondre aux préoccupations ou demandes identiques » (p. 23).

De son côté, Mascova (2012) soutient que même si le CR participant à son étude est reconnu comme étant important pour la participation des résidents aux décisions relatives à leur milieu de vie, cette reconnaissance se bute encore au cloisonnement des espaces décisionnels. Effectivement, bien qu'on reconnaisse aux membres une capacité à se prononcer sur la qualité des soins et des services (de base) qui leur sont fournis, l'établissement n'intègre pas encore pleinement les résidents aux processus décisionnels. L'auteure se questionne alors à savoir si le CR peut être considéré comme « une entité dont le rôle premier est de recueillir et centraliser les plaintes afin de les acheminer vers la direction » (p. 233). Même si le CR bénéficie d'un bon accueil par le directeur de l'établissement, il manque de crédibilité quant à sa capacité d'être un acteur de plein droit. Les membres doivent ainsi trouver leur position entre soumission et revendication.

Pomey et al. (2009) mettent en lumière le fait que les présidents des CU et des CR, ayant participé à leur étude, sont généralement d'avis que les relations qu'entretiennent ces comités avec la direction sont très bonnes. Un président a toutefois souligné le manque d'autonomie de son CU dans ses relations avec le CSSS; comme le comité est en phase de consolidation, la majorité de ses membres sont choisis par la direction générale. Il a aussi déploré le fait que la direction est présente à toutes leurs rencontres, ce qui appauvrit les discussions du comité et nuit à son expansion. D'autres présidents ont aussi insisté sur le manque de connaissance qu'ont les membres des comités vis-à-vis des attentes de la direction à leur endroit. Dans certains cas, des décisions concernant des résidents sont prises sans consultation des CR, et les recommandations faites par les comités ne figurent qu'exceptionnellement dans les choix retenus par la direction. Selon les auteures, pour les directeurs généraux et leurs représentants, « leur participation est plus de l'ordre de l'obligation et provient des fonctions allouées à leur poste. Aucun n'a mentionné avoir délibérément choisi de remplir ce rôle de relation avec les comités » (p. 10). Les CU considèrent généralement entretenir de bonnes relations avec les CR, qui sont teintées par un climat d'échange, d'écoute et de respect. Un président de CU a toutefois mentionné que la collaboration avec les CR de son CSSS n'était pas excellente, du fait de la difficulté pour certains CR d'accepter les responsabilités et le rôle du CU, qui ont été modifiés avec l'adoption de la loi 83. À l'inverse, des CR ont mentionné que les relations avec les CU étaient satisfaisantes, puisqu'ils assistent les CR aux séances de formation ou pour l'organisation de colloques; ce qui contribue au bon fonctionnement des comités. Deux présidents ont cependant jugé que la collaboration du CU de leur établissement était insuffisante. Pour un président, la collaboration avec le CU n'est pas

prioritaire dans le cadre du mandat qui leur est confié. Pour la collaboration entre CU, sur huit présidents de CU interviewés, deux ont mentionné faire partie du RPCU; trois présidents collaborent avec d'autres CU au sein du CPM; puis, deux présidents ont développé des contacts avec les autres CU des CSSS de leur région, avec l'aide du RPCU. Lors des rencontres entre les CU, les membres échangent sur leurs expériences, partagent leurs connaissances; ce qui représente une occasion de sortir de leur isolement. Ensuite, pour la relation entre CR, les membres se rencontrent au niveau du CU, du CA ou d'autres comités du CSSS (ex. au comité de vigilance et de la qualité). Sur huit présidents de CR interviewés, cinq ont des contacts avec d'autres CR du CSSS, et trois seulement ont développé des relations avec des CU, en dehors de leur CSSS (puisque'ils siègent à un CU). En outre, la collaboration entre membres de CR ne dépasse pas le cadre du CSSS dans lequel ils œuvrent. Il appert que tous les comités (CU et CR) ayant participé à l'étude de Pomey et al. (2009) n'ont pas rallié un espace commun de réflexions et d'échange.

#### *2.2.2.9 L'autonomie des CR*

Dans certains écrits, l'autonomie des CR renvoie à leur triple capacité : 1) de faire entendre une voix différente (la voix des résidents ou de leur famille, leur point de vue) au sein de l'établissement; 2) de changer le regard porté sur les réalités et les problèmes pour en faire voir de nouvelles dimensions (les faire voir autrement); et 3) d'influencer le cours des choses (ex. les pratiques des soignants, les services offerts, les décisions prises par la direction), de provoquer des changements (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). Les auteurs se sont inspirés des travaux de Ricœur ([2001, 2005] dans Gagnon et al., 2012) pour produire cette conception de l'autonomie, en

adaptant ses critères de l'autonomie individuelle à l'autonomie des CR. Gagnon et al. (2014) mentionnent qu'il s'agit d'aller voir au-delà du pouvoir formel des comités (prescrit dans la LSSSS), qui se limite à formuler des demandes ou à faire des recommandations, comment ils parviennent à faire valoir les préoccupations et les intérêts des résidents (ou de leur famille), à faire entendre des voix différentes, à attirer l'attention sur des réalités négligées ou ignorées, à faire des pressions et à obtenir des changements.

#### *La capacité de faire entendre une voix différente au sein de l'établissement*

Pour la capacité de prendre la parole, de dire, de faire entendre la voix des résidents et des familles, les écrits exposent que les membres des CR n'hésitent pas à prendre la parole pour réaffirmer le devoir des comités (la vision qu'ils en ont) et la raison de leur engagement (ex. parler pour son parent qui ne peut le faire, défendre les résidents plus vulnérables, sans famille, sans visite ou aux prises d'une démence) (Gagnon et al., 2014).

Toutefois, un des freins évoqués à cette prise de parole est la peur des représailles (ex. la peur qu'un résident reçoive des services de moins bonne qualité si son proche parent dénonce le comportement d'un employé; ou de moins bons services pour soi-même) (Gagnon et al., 2014; Bordeleau et Gagnon, 2013). Dans les résultats de l'étude présentée par Bordeleau et Gagnon (2013), les membres des CR ne semblent pas craindre ces représailles s'ils critiquent ou dénoncent un aspect ou l'autre des services, mais cette peur peut être vécue par les résidents représentés. Pour la surmonter, Gagnon et al. (2014) proposent que les CR dénoncent un problème pouvant se produire dans de nombreuses situations au nom du collectif des résidents, plutôt qu'une situation

particulière au nom d'un résident. Le respect de la confidentialité peut également contribuer à diminuer la peur des représailles (Bordeleau et Gagnon, 2013).

Un autre frein à cette prise de parole peut se traduire par le contrôle que peuvent vouloir exercer les directions des CHSLD sur les sujets discutés au sein des CR, en intervenant sur le contenu du compte rendu ou de l'ordre du jour des rencontres, ou en s'ingérant dans l'animation des réunions; ce qui aurait pour effet d'orienter la communication et de rendre plus difficile l'émergence de nouvelles questions. Dans les résultats présentés par Bordeleau et Gagnon (2013), les CR paraissent conserver leur autonomie, mais les auteurs ont toutefois observé, dans un comité, que la direction intervenait parfois dans la rédaction des comptes rendus des réunions, ainsi qu'une intervention d'un coordonnateur de CHSLD, dans le choix du président du comité; ce qui peut irriter les membres et miner la crédibilité du président du comité. En général toutefois, selon Bordeleau et Gagnon (2013), les CR n'ont pas peur de représailles et les directions ne s'ingèrent pas vraiment dans les discussions des comités et leurs revendications, ce qui semble être « un bon indicateur de la relation de confiance qui [s'est] créée entre les comités et les directions : les premiers se sentent libres de parler de ce qu'ils estiment important, les seconds ne cherchent pas à les censurer ou les orienter » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 26).

#### *La capacité de changer le regard porté sur les réalités*

Pour la capacité de faire voir autrement ou la capacité de changer le regard porté sur la vie en CHSLD, Gagnon et al. (2014) précisent que c'est par la présence quotidienne des membres des CR dans les milieux, par leurs observations personnelles, qu'ils comprennent les réalités et fondent la plupart de leurs connaissances, pour informer les

directions des besoins des résidents et de la qualité des services (ils observent ce qui s'y passe, ils discutent avec les résidents et leurs visiteurs de façon informelle). Pour Bordeleau et Gagnon (2013), ce regard très intime porté sur la vie en CHSLD permet aux membres des CR de voir et d'entendre certaines insécurités des résidents (ou de leurs proches), « de connaître leurs besoins, de comprendre pourquoi certaines pratiques (...) provoquent (...) des malaises, de saisir en quoi des questions en apparence banales ou insignifiantes ont tant d'importance pour eux » (p. 26).

Comme l'observe Gagnon et al., (2014), les problèmes rapportés reposent sur des observations faites à propos de leur parent (pour les membres des comités qui sont des proches), de leur propre situation ou de celle de leur voisin de chambre (pour les membres qui sont des résidents), aussi revêtent-ils souvent un caractère très sensible et soulèvent des émotions.

Une première conséquence, positive, se traduit par le fait que lorsque les membres des CR commentent ou critiquent ces problèmes, et les portent à l'attention de la direction, ils divulguent des aspects de la réalité que la direction (ou les employés) ne connaissaient pas ou auxquels elle n'accordait que peu d'importance. Ils font entendre les préoccupations, les aspirations et les valeurs des résidents (ou de leur famille) et rappellent la mission et certains principes de l'établissement (ex. le sentiment de sécurité des résidents devrait être la principale préoccupation de l'organisation) (Gagnon et al., 2014). Selon Bordeleau et Gagnon (2013), cette connaissance particulière que les membres ont des résidents et de la vie en CHSLD, en font des gardiens des droits des résidents, mais aussi de la mission des centres d'hébergement, en ramenant la sécurité des résidents et leur bien-être au cœur des préoccupations.

Les propos de Ghadi et Naiditch (2006) vont un peu dans le même sens, lorsqu'elles précisent que le travail avec les usagers demande de s'intéresser à leur situation de vie et à leurs préoccupations quotidiennes; ce qui permet de rendre concrètes les conséquences des rigidités organisationnelles pour les usagers ou les résidents. La voix de l'utilisateur permet de révéler des attitudes et des dysfonctionnements, que les professionnels ne voient pas, n'identifient pas ou ne dénoncent pas, puisqu'ils ne sont pas en position de le faire (explicitement ou collectivement). Inversement, le dialogue avec les professionnels peut permettre aux usagers de mieux comprendre leurs positions, leurs logiques et leurs contraintes professionnelles. « De la rencontre de ces logiques (...), les acteurs peuvent réfléchir concrètement aux changements possibles de l'organisation, afin de la rendre plus opératoire » (p. 176).

Gagnon et al. (2014) énoncent une seconde conséquence, négative cette fois, de fonder sa connaissance des réalités sur des discussions informelles et des observations personnelles, soit celle de « la difficile *montée en généralité* » (p. 40); c'est-à-dire la difficulté de convaincre la direction et les autres membres du comité, qu'un événement singulier peut révéler un problème plus général.

À cet effet, Bordeleau et Gagnon (2013) précisent que souvent, les membres des CR rapportent des histoires singulières, qui proviennent d'observations, de confidences ou d'anecdotes, pour lesquelles ils ont de la difficulté à mesurer la signification, l'importance ou le caractère exceptionnel ou général. Ces histoires sont généralement rapportées un peu pêle-mêle, sans vraiment avoir été documentées ou avoir recueilli le point de vue de l'ensemble des personnes concernées. Il s'avère que les CR n'ont pas le mandat d'examiner ou de discuter des problèmes qui concernent un usager en



particulier, mais plutôt celui d'examiner les problèmes qui concernent l'ensemble des résidents (ou un grand nombre).

Cependant, selon Bordeleau et Gagnon (2013), c'est par ces histoires singulières « que l'on découvre les problèmes plus généraux, que l'on connaît les besoins et les préoccupations des résidents et de leurs proches, que l'on pose un autre regard sur les réalités » (p. 27). Il importe alors, pour les membres des CR, d'être à l'écoute de ce que les résidents ou leurs proches ont à dire, et de faire attention de ne pas se camper dans l'énumération d'anecdotes ou de plaintes. Pour ce faire, selon les auteurs, les membres des comités devraient : limiter le nombre de problèmes traités lors d'une réunion et les identifier avant la rencontre, pour que le président ou le gestionnaire puissent s'informer sur le sujet; orienter leurs échanges de façon à dépasser le caractère singulier des faits, pour discuter du problème plus général; vérifier si le problème est généralisé ou s'il est un symptôme ou un indicateur d'un problème plus global.

En outre, selon Gagnon et al. (2014), cette capacité des comités de changer le regard porté sur la vie en CHSLD exige aux membres des CR de savoir ce qui se passe dans les milieux, d'être capable de le partager, d'en montrer l'importance pour tous les résidents (ou un grand nombre), en parvenant à une certaine objectivité et en faisant comprendre l'urgence ou la gravité du problème.

#### *La capacité d'influencer le cours des choses, de provoquer des changements*

Gagnon et al. (2014) mentionnent que les CR parviennent à obtenir des changements dans les milieux, en ce qui concerne des aspects matériels des services et des changements d'attitudes des membres du personnel. Toutefois, pour certains problèmes

plus structureaux (ex. une pénurie de personnel), les comités doivent parfois faire preuve de patience ou se résigner à les voir persister, étant donné que l'établissement a peu d'emprise sur ces réalités.

Les propos de Bordeleau et Gagnon (2013) vont dans le même sens lorsqu'ils précisent qu'il faut faire une distinction entre trois grands types de demandes ou de préoccupations soulevées par les membres des CR.

Il y a d'abord les demandes d'ordre matériel (ex. achat d'équipement), qui sont généralement satisfaites par les établissements au cours des années, puisqu'elles rejoignent les intérêts des comités et ceux de la direction. De leurs côtés, les gestionnaires ont le sentiment de répondre aux besoins des résidents et de leurs proches, à l'intérieur des moyens dont ils disposent, sans provoquer de résistance ou de bouleversement. De leurs côtés, les CR ont l'impression de contribuer à l'amélioration immédiate et concrète de la vie des résidents, de faire des gains, et trouvent ainsi une motivation à poursuivre leur engagement au sein du comité (Bordeleau et Gagnon, 2013).

Il y a ensuite les demandes ou les préoccupations des membres des CR qui concernent les comportements de certains membres du personnel, qui sont jugés inappropriés ou inacceptables. Pour ces demandes ou ces préoccupations, des changements sont obtenus, mais ils sont souvent à recommencer (ex. le roulement de personnel fait en sorte qu'il faut répéter avec les nouveaux) (Bordeleau et Gagnon, 2013). Dans les résultats exposés par Bordeleau et Gagnon (2013), la collaboration avec les directions est jugée très bonne

par les membres des CR, puisqu'elles interviennent lorsqu'ils leur signalent un tel problème.

Il y a enfin les changements plus structuraux, qui requièrent des modifications dans l'organisation du travail ou le fonctionnement général des établissements, en tenant compte de diverses contraintes (ex. conventions collectives, normes ministérielles ou cliniques, ressources humaines ou financières). Il arrive que la direction ait peu de prise sur ces réalités, ce qui fait en sorte que les changements n'avancent pas toujours au rythme souhaité par les membres des CR ou, plus largement, les usagers. Néanmoins, à long terme, des gains sont faits. Dans ces cas, le rôle du CR est de faire en sorte que les problèmes non résolus soient maintenus à l'ordre du jour — parmi les priorités des établissements, d'exercer des pressions pour que des mesures soient trouvées afin d'en atténuer les inconvénients, et de s'assurer que les changements annoncés soient concrètement mis en œuvre. Le suivi est donc très important (Bordeleau et Gagnon, 2013).

S'intéresser à l'autonomie des CR permet de constater un certain décalage dans les façons dont les comités et la direction conçoivent les problèmes. Selon Gagnon et al. (2014), les CR accordent une plus faible importance aux structures, aux procédures et aux hiérarchies, tandis que la direction et les intervenants, dans leurs propos, se rapportent souvent aux conventions collectives, aux règles ou aux pratiques reconnues comme étant efficaces. Les comités veulent des résultats immédiats, concrets, à des problèmes particuliers qu'ils considèrent individuellement, alors que la direction se préoccupe du fonctionnement général de l'établissement, et situe une demande à l'intérieur d'un ensemble d'objectifs à hiérarchiser, dont les réponses sont planifiées à

moyen ou long terme. Les membres des CR fondent leur jugement sur des considérations morales (ex. la dignité), tandis que la direction, en plus de ces considérations morales, doit tenir compte d'autres considérations, telle la distribution équitable et efficace des services. Or, les membres des comités et les directions n'ont ni les mêmes priorités, ni les mêmes objectifs, ni la même approche, et ni les mêmes critères d'efficacité. Cela révèle aussi une double attitude des membres des CR. D'un côté, ils cherchent la coopération (ex. accepter d'entendre les arguments, les contraintes et en discuter), de l'autre, ils adoptent une attitude de dénonciation (ex. souligner la persistance des problèmes). La formulation même du mandat des CR par le MSSS laisse entrevoir cette tension — améliorations des services, défense des droits.

#### *2.2.2.10 Les limites des actions des comités*

Gagnon et al. (2014) mentionnent que les CR rencontrent deux grandes limites en tant qu'espace de participation des usagers. La première est que les comités doivent dépasser les histoires individuelles (singulières) pour « monter en généralité » (p. 47) et discuter de problèmes collectifs (communs).

À ce sujet, Bordeleau et Gagnon (2013) exposent que pour certains membres, les CR sont un lieu pour dénoncer l'inadmissible, en montrant son indignation et parfois sa colère, alors que pour d'autres, il s'agit d'un endroit pour échanger avec les directions, pour trouver des solutions dans le respect. Ces façons différentes de voir les choses, ces désaccords, sont parfois source de tension au sein des CR.

De plus, les membres des comités ne semblent que rarement discuter entre eux de leur mandat et de leur fonctionnement de comité, afin d'en avoir une vision commune. Des

formations sont données par le CU, et suivies par quelques membres de façon individuelle, mais les membres ne s'approprient pas ce mandat collectivement — ce qui serait particulièrement indiqué lorsque de nouveaux membres se joignent au comité (Bordeleau et Gagnon, 2013). Pour donner un exemple, les CR ont pour mandat de faire connaître les droits aux résidents et à leur famille, mais les membres « ne les discut[ent]e jamais [ces droits] en groupe afin de s'en faire une compréhension commune. Que signifie le droit à l'intimité dans un centre d'hébergement où les corps et les histoires personnelles sont exposés au regard des autres? » (p. 15).

Ghadi et Naiditch (2006) précisent que la montée en généralité des propos des membres des comités constitue la base de la construction de leur légitimité. Se raccrocher à l'intérêt général demande à chaque membre de prendre du recul par rapport à son expérience individuelle — même si sa réflexion continue de s'en nourrir, pour qu'ensuite, le comité puisse se souder et se constituer en collectif. Une fois les expériences individuelles « transcendées », le comité peut défendre un point de vue collectif, puisque les membres peuvent aborder des questions qui ne les concernent pas personnellement. Le collectif doit par la suite arriver à se faire reconnaître par les professionnels et les acteurs institutionnels.

La deuxième limite que rencontrent les CR, selon Gagnon et al. (2014), est que les membres n'ont pas la liberté d'aborder les problèmes plus structuraux ou généraux, sauf pour réaffirmer certains principes devant guider les décisions, ou pour rappeler les besoins des résidents. On ne leur reconnaît pas « la compétence ni le droit de juger des moyens retenus par l'établissement, l'Agence régionale ou le ministère pour résoudre les problèmes » (p. 48).

Les propos de Ghadi et Naiditch (2006) vont dans le même sens lorsqu'elles précisent que la reconnaissance par les professionnels de la légitimité des usagers, mais surtout de leur apport, est confrontée à un malentendu sur ce qui est attendu de leur présence. Il semble important de clarifier les rôles et les statuts de chaque groupe. Par exemple, un groupe d'usagers n'est pas toujours en mesure de porter un jugement sur des aspects médicaux des soins, mais il est légitime pour fournir un avis sur la manière dont les soins sont organisés, et donc de les juger en termes de satisfaction et de qualité selon leurs propres critères. De plus, un groupe d'usagers ne représente pas l'administration. Il ne lui revient donc pas de prendre des décisions concernant des fermetures de service par exemple, mais il peut donner son point de vue en fonction de ses propres critères. Ce type de confusion explique, en partie, les difficultés rencontrées par les représentants d'usagers au sein des CA notamment, « où leur positionnement institutionnel demeure ambigu » (p. 184).

#### *2.2.2.11 Les facteurs qui influencent la participation des CU et des CR*

Pomey et al. (2009) exposent plusieurs facteurs individuel, social et structurel qui sont susceptibles d'influencer la participation des CU et des CR dans la gestion des CSSS. Au plan individuel, ces facteurs ont trait à la capacité des membres de s'approprier leur rôle et leur mandat — pour donner un sens à leur participation; à leur approche de discussion ou de négociation — qui influence la nature des rapports avec les établissements; à l'enthousiasme et à la motivation des membres — qui favorisent l'engagement individuel et est bénéfique pour la participation des comités. L'engagement de chacun des membres, dans un comité, dépend de ses aptitudes et de sa personnalité. Or, une bonne compréhension du système sociosanitaire, une bonne

conception des rôles des comités, et de leur mandat respectif, favorisent la participation des CU et des CR. Le dynamisme de la personne-ressource dans l'exercice de ses fonctions, ainsi que le leadership des présidents des comités, sont aussi primordiaux pour mobiliser les membres et renforcer leur participation.

Mascova (2012) précise que pour donner de la légitimité au CR, la participation des résidents est nécessaire, mais celle-ci dépend de la volonté et de l'aptitude de personnes non résidentes à trouver des moyens de médiation et à rester à l'écoute. La perte d'autonomie cognitive et physique, ainsi que le sentiment de vulnérabilité pouvant en découler, conditionnent la volonté et la capacité des résidents à se prononcer sur leur milieu de vie. Or, les résidents — les intéressés eux-mêmes, ont été les premiers à quitter le CR ayant participé à son étude, et à préférer laisser ce rôle à des personnes extérieures.

Pomey et al. (2009) précisent que les comportements des dirigeants et des gestionnaires des CSSS, à l'égard des comités, vont également influencer leur participation. Dans leur étude, un président de CU a souligné que « dans certains établissements, on rencontre des gestionnaires qui manquent de respect vis-à-vis de l'opinion des membres des comités » (p. 16). Or, le respect de la place des comités et la compréhension de leur rôle par la direction vont influencer l'attitude des gestionnaires. Si ces derniers sont d'avis que la présence des comités est une menace, aucun espace de reconnaissance ne leur sera cédé. À l'inverse, si les dirigeants sont ouverts à la présence des comités dans leur établissement, ils vont créer un espace plus favorable à l'engagement des membres et aux échanges.

Plus largement, Ghadi et Naiditch (2006) soutiennent que pour favoriser la participation des usagers au système de santé (un engagement bénévole), il est nécessaire de favoriser la reconnaissance des personnes sollicitées, laquelle passe par une prise en compte effective de leur travail (ex. traces écrites de leurs recommandations). Cela n'implique pas de suivre systématiquement leurs points de vue (leurs avis, leurs demandes), mais de les faire connaître, de les considérer et que les décisions prises par les instances décisionnelles, soient argumentées au regard des demandes des usagers, et ce, en respectant des délais raisonnables. « Le risque sinon serait de lasser les meilleures volontés et de discréditer l'apport potentiel des mécanismes de débat public et donc de démocratie participative » (p. 185).

Au plan social, les facteurs qui influencent la participation des comités, selon des présidents des CU et des CR ayant participé à leur étude, sont la diversité des clientèles présentes dans les CSSS et la difficulté de recruter de nouveaux membres dans les comités (Pomey et al., 2009). Selon Pomey et al. (2009), le nombre de personnes disponibles dans un comité a une grande importance pour assurer sa permanence. « Il définit la possibilité de la présence du comité en soutenant sa représentativité. En conséquence, la représentativité des [CU ou des CR] constitue un atout majeur pour leur implication puisqu'elle rend plus explicite la participation du comité » (p. 17).

Enfin, des présidents des CU et des CR ont mis de l'avant l'importance de la contribution des structures pour favoriser leur participation (ou l'amplifier), comme le budget (qui donne de la latitude aux comités pour entreprendre des actions), l'espace physique (ex. un lieu de rencontre) et les outils logistiques (ex. téléphone, secrétariat),



qui leur confèrent une certaine autonomie par rapport à la direction (en leur permettant de s'organiser en fonction de leurs besoins et de leur réalité) (Pomey et al., 2009).

Pomey et al. (2009) mentionnent que la participation des CU et des CR pourrait être renforcée par un certain nombre d'actions en s'assurant : 1) que les membres élus soient formés et outillés pour pouvoir remplir leur rôle pleinement — avoir conscience des enjeux et des problèmes rencontrés; 2) que les problèmes ou les enjeux décelés dans les établissements soient mieux relayés aux niveaux régional et provincial — l'activité des comités reste souvent locale; 3) que le rôle du RPCU et du CPM soit renforcé; et 4) que des lieux d'échanges (ex. communautés de pratiques) soient créés, afin d'aider certains comités à sortir de leur isolement — et que la participation des comités dépende moins du contexte local. De façon complémentaire, il importe que le MSSS sensibilise les directions générales à l'importance de prendre en considération les CU et les CR, en mettant en valeur leur apport potentiel.

#### *2.2.2.12 L'influence des CU et des CR dans les milieux*

Gagnon et al. (2014) mentionnent que les CR redonnent du sens aux organisations, aux services et aux pratiques, en réintroduisant des préoccupations humaines, identitaires et morales souvent occultées, dans un univers marqué par des considérations économiques et organisationnelles. Ils contribuent à assurer la protection des personnes plus vulnérables, à améliorer la vie des résidents, et empêchent les professionnels et la direction de se contenter des façons habituelles de voir, de traiter et de prioriser les problèmes — surtout lorsque les membres des CR ne se privent pas de prendre la parole sur événement singulier, dont on ne mesure pas momentanément le caractère général ou l'importance.

De leurs côtés, Bordeleau et Gagnon (2013) soutiennent que les actions des CR, leurs critiques et leurs revendications, contribuent à replacer les résidents au cœur des préoccupations des ESSS, à faire connaître leurs inquiétudes et leurs besoins, à modifier les comportements, à changer le regard porté sur leur réalité — un regard plus sensible, moral et subjectif, et à améliorer le quotidien des résidents (ex. par divers aménagements matériels). Les membres doivent toutefois savoir nommer et reconnaître leurs contributions, entre autres, à la défense des droits des résidents. Leurs actions, non négligeables, sont en bonne partie d'ordre préventive; leur présence dissuade certains comportements dans les milieux et force les directions à prendre des mesures. Les membres des comités doivent aussi « savoir reconnaître les obstacles auxquels ils se butent, les nommer, [et garder] à l'esprit que les gains seront obtenus peut-être à long terme, à force d'exercer des pressions » (p. 29). Dans les résultats présentés par Bordeleau et Gagnon (2013), les CR arrivent à attirer l'attention de la direction sur les problèmes et à obtenir des changements qui améliorent la qualité de vie des résidents. Les membres ont réussi à acquérir, au fil du temps, une connaissance de la vie en CHSLD et une compétence touchant l'organisation des services, qui leur permettent de jouer leur rôle, c'est-à-dire de poser des questions, d'émettre des suggestions, de faire des pressions pour forcer les changements ou qu'ils soient faits plus rapidement. Selon les auteurs, les comités parviennent à faire une différence dans les établissements si leur autonomie est suffisante, et celle-ci dépendant de conditions.

Pomey et al. (2009) soulignent que les effets de la présence des comités dans les CSSS sont réels, puisque les représentants sont de plus en plus sollicités pour la rédaction de documents d'information, de feuillets au sujet du « consentement éclairé » et de livret

d'accueil. Ils sont également reconnus comme des acteurs des organisations et ont l'impression d'être consultés et utiles pour la prise de décision; ce qui développe leur sentiment d'appartenance à l'établissement. Les auteures mentionnent toutefois que leur rôle dans le traitement des plaintes reste marginal, puisqu'il est du ressort du commissaire aux plaintes, qui a seulement des comptes à rendre au président du CA. Les CU ont pourtant dans leur mandat de participer à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle, ce qui pourrait leur permettre d'établir des liens entre évaluation de la satisfaction et gestion des plaintes. Elles concluent en mentionnant que la participation des usagers à la gestion de la qualité via les CU et les CR permet à une voix profane de se faire entendre et d'acquérir une certaine reconnaissance au sein des CSSS. Leur présence se construit autour d'un dialogue constructif avec la direction générale, lorsque cette dernière y est sensible.

Plus largement, Ghadi et Naiditch (2006) affirment que les dispositifs de participation des usagers permettent de produire des avis collectifs différents de ceux des professionnels, qui n'auraient pas pu être connus autrement. Ces écarts de points de vue, d'avis, permettent d'échanger ou d'argumenter des questions qui étaient, avant, fortement construites à partir des logiques des professionnels — ce qui peut faire émerger de nouvelles solutions, car elles s'appuient sur un plus large spectre d'opinions.

### ***2.2.3 La maltraitance envers les aînés***

Dans la littérature, de nombreux auteurs se sont intéressés à la maltraitance envers les aînés dans leurs travaux. Leurs écrits contiennent des informations riches pour cette thèse, qui permettent d'abord de faire un bref historique des actions passées ayant contribué à lutter contre ce problème social au Québec et ensuite, de documenter la

maltraitance envers les aînés (types, indices, conséquences, facteurs de risques et de vulnérabilité, caractéristiques des personnes maltraitantes, facteurs de protection et bonnes pratiques). Voici, plus en détail, ces informations. Il importe de noter que cet état des connaissances sur la maltraitance envers les aînés s'appuie plus sur des documents ministériels et analytiques, qui synthétisent les connaissances produites par d'autres auteurs — ces documents contiennent des synthèses de connaissances, et moins d'articles scientifiques qui exposent leurs propres résultats.

#### *2.2.3.1 Les acquis du passé ayant contribué à lutter contre la maltraitance envers les aînés*

La lutte contre la maltraitance envers les aînés au Québec ne date pas d'hier. Il y a plus de trente ans que des actions sont mises en œuvre pour diminuer l'incidence de ce phénomène (Beaulieu, Berg et Bédard, 2015; Beaulieu, 2012; Beaulieu et Crevier, 2010; MFA, 2010). Il y a eu, entre autres, la rédaction de différents documents (MFA, 2010), tels que les rapports *Vieillir... en toute liberté : rapport du comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées* (Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, 1989) et *Vers un nouvel équilibre des âges : rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées* (Groupe d'experts sur les personnes âgées, 1991), qui ont mené à la création du Conseil des aînés, en 1992 (MFA, 2010); *L'Avis sur les abus exercés à l'égard des personnes âgées* (Garneau-Meunier, Leclerc et Soulard, 1995); le rapport de consultation et de recommandations *L'exploitation des personnes âgées : vers un filet de protection resserré* (Bernard et Ledoyen, 2001), avec un rapport de suivi sur la mise en œuvre de ces recommandations en 2005 (Bernard, Ledoyen et Rochon, 2005; Beaulieu et Crevier, 2010; MFA, 2010). Sans porter précisément sur la maltraitance, divers plans d'action et politiques publiques ont aussi contribué à mettre en place des

conditions favorables pour en réduire la portée (MFA, 2010), tels que le document d'orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* (MSSS, 2003b) et le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité* (MSSS, 2005, dans MFA, 2010), qui prévoit, dans chacun des territoires locaux, la mise en place d'une table multisectorielle pour contrer la maltraitance. En parallèle aux actions gouvernementales, le travail d'acteurs de différents milieux a également contribué à sensibiliser le grand public et les aînés à la maltraitance (MFA, 2010). Par exemple, l'Association québécoise de gérontologie (AQG) est active dans la lutte contre l'âgisme depuis près de 38 ans — l'âgisme est un type de maltraitance envers les aînés (Comité sur la terminologie, 2016); elle œuvre à accroître la sensibilisation à ce problème auprès de toute personne en relation avec des aînés, dont les aînés eux-mêmes (AQG, 2017). De plus, au début des années 1980, c'est elle qui a mené la première étude québécoise sur la maltraitance envers les aînés, qui permit de cerner l'ampleur du phénomène. Par un sondage auprès de ses membres, qui sont des praticiens, en majorité, l'AQG « rapport[ait] que 55 % des répondants ont été témoins de violence psychologique, 25 % de violation de droits, 24 % de maltraitance de type matériel ou financier et 21 % de violence physique (Bélanger, 1981) » (dans Beaulieu et Crevier, 2010, p. 80). L'AQG démontre alors à quel point la maltraitance n'est pas un phénomène marginal (Beaulieu et Crevier, 2010).

En 2007, Mme Marguerite Blais, alors ministre responsable des Aînés, a présidé une consultation publique sur les conditions de vie des aînés au Québec, où « plus de 4 000 personnes [des aînés, des experts et des intervenants] ont témoigné de l'existence de la maltraitance envers les aînés ainsi que de la souffrance engendrée chez celles et ceux qui

la vivent » (MFA, 2010). C'est à ce moment que fut remise de l'avant la nécessité de développer un plan d'action gouvernemental pour contrer ce problème de société. C'est en 2010 que fut lancé le premier *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, qui, d'une part, posa le problème de la maltraitance à partir d'une recension des écrits internationale, et d'autres parts, énonça les actions à mettre en œuvre. Le PAM propose quatre actions structurantes : 1) une campagne de sensibilisation du public — à travers divers médias, dont des publicités télévisées; 2) la création d'une chaire de recherche universitaire; 3) une ligne téléphonique d'écoute — dont la réponse est assurée par des travailleurs sociaux professionnels ou l'équivalent, ouverte quotidiennement; et 4) la création de 20 postes de coordonnateurs régionaux de lutte contre la maltraitance dans la province. Plus de 30 autres mesures spécifiques aux treize ministères et organismes gouvernementaux engagés dans le PAM viennent se conjuguer aux actions structurantes, pour contrer la maltraitance (Beaulieu, Berg et Bédard, 2015; MFA, 2010). Ces mesures et ces actions ont pour but de développer les connaissances en ce qui concerne la maltraitance, accroître l'information sur les recours et les services offerts aux aînés dans une telle situation, bonifier l'offre de formation et mieux outiller les intervenants, étendre et renforcer des actions pour mieux contrer la maltraitance (MFA, 2010). Le PAM a été prolongé jusqu'en juin 2017, par l'entremise de la première politique publique sur le vieillissement nommée *Vieillir et Vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* (MFA et MSSS, 2012).

En 2017, alors que se sont écoulées les sept années du premier PAM, il est possible de dire qu'il a permis l'atteinte de trois objectifs principaux, soit : 1) de faire connaître et

reconnaître le phénomène de la maltraitance par les aînés eux-mêmes, leurs proches, les intervenants et la population en général; 2) de renforcer la cohérence et la complémentarité des actions menées par les partenaires de différents milieux; et 3) d'améliorer les connaissances sur la maltraitance (MF, 2017).

Malgré l'atteinte de ces objectifs, qui marque une avancée considérable des connaissances, une meilleure coordination des actions et une amélioration de l'offre de services, le travail doit se poursuivre. C'est pourquoi, en juin 2017, le gouvernement du Québec a lancé son deuxième *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. Avec ce second PAM, le gouvernement souhaite, entre autres, développer les connaissances sur : la maltraitance vécue différemment par les hommes et les femmes; la maltraitance vécue par les aînés (hommes ou femmes) des minorités ethnoculturelles, autochtones, lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transgenres (LGBT), inaptes ou handicapées; l'approche de la bientraitance comme un facteur de protection complémentaire à la lutte contre la maltraitance; la maltraitance matérielle ou financière; la prévalence de la maltraitance au Québec, mais aussi sur les bonnes pratiques et les notions de bientraitance qui contribuent à prévenir la maltraitance. « En réponse aux résultats satisfaisants et aux effets structurants qu'elles ont eus, la Chaire de recherche sur la maltraitance, la Ligne Aide Abus Aînés et l'équipe de coordonnateurs régionaux se voient (...) maintenues dans le PAM 2017-2022 » (MF, 2017, p. 10).

Le second PAM (2017-2022) comporte trois sections. Une section qui présente un état des connaissances sur la maltraitance (définition, formes, types, ampleur du phénomène, facteurs de risque et de vulnérabilité, conséquences, facteurs de protection, bonnes

pratiques), une autre sur la bientraitance (définition, conditions favorisant la bientraitance), et une dernière sur les actions à mettre en œuvre (principes directeurs, enjeux, orientations, objectifs et mesures). Dans cette dernière section, on constate que le PAM a quatre grandes orientations, qui ont été établies à la lumière des évaluations et des résultats obtenus dans le premier PAM (2010-2015), ainsi que des recommandations et des constats faits par les divers partenaires lors des consultations préalables à l'élaboration de ce deuxième PAM. Ces orientations sont les suivantes : 1) prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance; 2) favoriser un repérage précoce et une intervention appropriée; 3) favoriser et faciliter la divulgation des situations de maltraitance, notamment celles de maltraitance matérielle et financière; 4) développer les connaissances et améliorer le transfert des savoirs (MF, 2017, p. 50). Ces orientations poursuivent onze objectifs, qui contiennent 52 mesures, spécifiques aux treize ministères et organismes engagés dans le PAM. Ces ministères et organismes ont la responsabilité de veiller à la réalisation des mesures sous leur responsabilité, à l'atteinte des objectifs, et à leur évaluation, le cas échéant (MF, 2017).

Il est intéressant de noter que dans le second PAM, les « comités des usagers » sont nommés une seule fois, dans l'annexe 1. Cette annexe présente le cadre légal qui s'applique dans certaines situations de maltraitance envers les aînés au Québec (ex. la Charte des droits et libertés de la personne, le Code civil, le Code criminel, ainsi que différentes lois et divers règlements). Elle expose, en fait, les principales assises juridiques qui entourent la lutte contre la maltraitance. Les CU sont nommés comme étant un des organismes (ou instances) responsables de l'application ou comme pouvant



participer au processus de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (une loi sectorielle).

En ce qui a trait à la lutte contre la maltraitance, cette loi a pour objectif notamment :

« d’agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et de rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion; de favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes; de favoriser l’adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale; de diminuer l’impact des problèmes qui compromettent l’équilibre, l’épanouissement et l’autonomie des personnes » (MF, 2017, p. 70).

À aucun moment, dans le second PAM, la « défense des droits des aînés » n’est nommée telle quelle. On y parle toutefois, entre autres, de protection et de respect des droits des aînés lors d’interventions en situation de maltraitance (ex. par le respect de l’autonomie de la personne, la prise en compte de son degré de vulnérabilité et de son besoin de protection) et de l’importance de la connaissance des droits (des règles de droit, du cadre légal) pour les faire valoir.

#### *2.2.3.2 La définition de la maltraitance et sa dimension systémique*

La définition de la maltraitance envers les aînés retenue dans cette recherche est une traduction libre de la définition développée par l’OMS en 2002, adoptée en 2010 par le Gouvernement du Québec dans le PAM 2010-2015. La définition va comme suit : « il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d’action appropriée se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée » (MFA, 2010, p. 17).

Cette définition a toutefois été critiquée, car elle ne comprend pas la dimension « organisationnelle » ou « systémique » de la maltraitance (Beaulieu, 2007), qui découle

généralement des procédures des organisations (publiques, privées ou communautaires) responsables d'offrir des services ou des soins aux aînés, et qui compromet l'exercice de leurs droits et libertés (Comité sur la terminologie, 2016).

Cette maltraitance peut résulter de politiques ou de pratiques organisationnelles violentes, agressantes ou négligentes envers les aînés, du fait du non-respect de leurs besoins, ou de directions d'établissements qui font preuve de laxisme quant aux critères d'embauche ou d'évaluation du personnel. En fait, plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette maltraitance, telle que :

« le manque de politique claire pour contrer la maltraitance; les facteurs financiers favorisant des soins et services de piètre qualité; le manque de contrôle de la qualité des soins et des services; la culture organisationnelle; le manque de personnel qualifié et bien formé; le stress au travail (burnout professionnel); les traits de personnalité du personnel; les pouvoirs limités et la vulnérabilité des résidents; la réponse des personnels à la maltraitance dont ils sont eux-mêmes victimes de la part des résidents » (Beaulieu, 2007, p. 1157).

La maltraitance institutionnelle (systémique ou organisationnelle) peut également résulter d'actions posées par des professionnels de la santé et des services sociaux, dus aux conditions difficiles de travail (ex. le temps limité pour réaliser les tâches et rattraper le retard, les restrictions budgétaires, le manque de personnel); ce qui ne rend toutefois pas la violence ou la négligence acceptable (Beaulieu, 2007).

Dans la présente étude, la prise en compte de la dimension systémique ou organisationnelle de la maltraitance est essentielle puisque dans leur traitement des situations de maltraitance envers les aînés, les CU peuvent être amenés à aller voir derrière les histoires singulières les causes structurelles qui les engendrent.

Malgré les critiques adressées à la définition de l'OMS (2002), sa version éditée par le Gouvernement du Québec a tout de même été retenue pour cette étude — car il s'agit de la définition du gouvernement, et donc celle que les CU devraient utiliser, et nous voulons la mettre à l'épreuve<sup>12</sup>. De plus, selon Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012), cette définition en est une des plus connues et des plus répandues dans le domaine de la maltraitance, et elle fait l'objet d'une reconnaissance universelle satisfaisante.

Il est intéressant de noter que, dans le second PAM 2017-2022, la définition de la maltraitance envers les aînés retenue s'appuie toujours sur celle de la *Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés*, de l'OMS (2002), en y ajoutant toutefois la notion d'intention : « il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée » (MF, 2017, p. 15). Il est donc possible de dire que depuis juin 2017, le Québec a sa propre définition de la maltraitance envers les aînés, qui s'inspire de celle de l'OMS. Il ne s'agit plus simplement d'une traduction libre de celle de l'OMS.

Dans ces définitions de la maltraitance, la dimension de la relation de confiance détermine que ce sont les violences (*les gestes singuliers ou répétitifs*) et les négligences (*l'absence d'action appropriée*) commises par les personnes qui côtoient l'aîné, dans différents contextes, dont il est question (Comité sur la terminologie, 2016; Beaulieu, 2007). Il peut s'agir d'un contexte de relations familiales, de relations conjugales, de

---

<sup>12</sup> Nous expliquons davantage cette *mise à l'épreuve* dans le chapitre présentant le cadre conceptuel de cette étude.

relations amicales ou de voisinage, de prestation d'aide domestique ou de soins, de prestation de services financiers ou professionnels ou de relations contractuelles et d'affaires (MF, 2017).

Dans les PAM 2010-2015 et 2017-2022, le mot *maltraitance* est considéré comme un terme générique utilisé couramment dans la francophonie mondiale. Il englobe les multiples façons de désigner toutes les formes de violences, d'exploitation, de mauvais traitements ou de négligence commis à l'endroit des aînés (MF, 2017).

#### 2.2.3.3 Les types de maltraitance et les endroits où elle peut se produire

Selon Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012), la maltraitance envers les aînés peut prendre plusieurs formes :

« *[la] violence physique* : [ex.] causer des douleurs ou des blessures, utiliser la contrainte physique ou recourir à des moyens de contentions physiques ou médicamenteux; *[la] violence psychologique ou morale* : [ex] infliger des souffrances morales à la personne âgée; *[l'] exploitation financière ou matérielle* : [ex.] exploiter ou utiliser de manière illégale ou improprie les fonds ou les ressources d'une personne âgée; *[la] violence sexuelle* : [ex.] contact sexuel non consenti avec une personne âgée; *[la] négligence* : [ex.] refuser de s'acquitter d'une obligation de soin ou ne pas s'en acquitter (Anetzberger, 2005; Daly et Jogerst, 2001, 2005; Lachs et Pillemmer, 2004; Mouton, Talamantes, Parker, Espino et Miles, 2002; OMS, 2002) (...) *[la] violation des droits de la personne* (...) *[et la] maltraitance* (...) *systémique* » (p. 7).

Il ressort des écrits scientifiques que les types et les formes les plus fréquents de maltraitance envers les aînés seraient, en ordre décroissant, la négligence, la maltraitance matérielle ou financière et la maltraitance psychologique (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; Crête et Dufour, 2016; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; Charpentier et Soulières, 2012). Il s'agit en fait de la prévalence de la maltraitance selon ses différents types et formes.

Au sujet de la maltraitance financière (ou l'exploitation financière), des auteurs précisent qu'elle se manifeste sous différentes formes, tels l'appropriation indue de montants d'argent ou de biens, la fraude, le vol ou le vol d'identité, le détournement de fonds, l'abus de pouvoir, la signature de documents falsifiés, l'extorsion au moyen d'une fausse déclaration, et l'escroquerie au téléphone, en ligne ou par le porte-à-porte (Crête et Dufour, 2016; Alves et Wilson, 2008; Cohen, 2006).

La maltraitance physique et la maltraitance sexuelle seraient les types de maltraitance les moins fréquents (MF, 2017; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012). Selon Patterson et Malley-Morrison (2006), les violences physiques, psychologiques et économiques, ainsi que la négligence envers les aînés seraient universellement reconnues.

Tout comme l'ont fait Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012), les chercheurs ont l'habitude de catégoriser la maltraitance et d'y associer différents exemples de comportements ou d'attitudes (MFA, 2010); cela a aussi été fait dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, sous forme de tableau. Nous l'avons reproduit ci-dessous.

Tableau 5 : Types de maltraitance et comportements ou attitudes associés

Types de maltraitance	Comportements ou attitudes généralement associés
Maltraitance physique	Frapper une personne, la pousser, lui lancer des objets, la forcer à manger des aliments, l'enfermer, la manier avec rudesse, la faire attendre indûment pour aller à la salle de bain.
Maltraitance psychologique ou émotionnelle	Porter atteinte à l'identité d'une personne, à sa dignité ou à son estime de soi, l'humilier, la menacer, l'agresser verbalement, l'infantiliser, l'ignorer, l'isoler, lui tenir des propos dégradants, porter atteinte à ses valeurs, croyances ou pratiques religieuses.
Maltraitance sexuelle	Harcéler une personne, lui faire des attouchements, faire de l'exhibitionnisme devant elle, l'agresser sexuellement, ridiculiser un aîné qui souhaite exprimer sa sexualité.

Maltraitance matérielle ou financière	Soutirer de l'argent à une personne en faisant du chantage émotif, lui voler des bijoux, des biens ou des espèces, faire des pressions sur elle en vue d'en hériter, détourner des fonds qui lui appartiennent, la frauder par vol d'identité, par télémarketing, en utilisant de façon inappropriée des cartes de services bancaires ou une procuration bancaire.
Violation des droits de la personne*	Discriminer une personne âgée en raison de son âge, lui imposer un traitement médical malgré son aptitude à décider elle-même.
Négligence	Omettre de faire un geste alors que celui-ci serait nécessaire pour le bien-être de la personne âgée. Cette omission peut être intentionnelle ou découler d'un manque de connaissance ou de conscience d'une situation donnée.

(MFA, 2010, p. 19)

\*Une personne peut être limitée dans l'exercice de ses droits, tel celui de gérer ses propres biens, à la suite d'un jugement du tribunal lui désignant un tuteur, un curateur ou un mandataire. Il s'agit alors de mesures de protection et non d'une violation de droits. Cependant, la personne protégée par un régime de protection (tutelle ou curatelle) ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude est considérée apte à consentir à recevoir des soins si elle en comprend la nature et la portée, et cette aptitude à consentir doit être vérifiée chaque fois que des soins lui sont proposés.

Il importe de noter que la terminologie présentée dans le PAM 2010-2015 a été bonifiée et précisée en 2015 et 2016, par différents acteurs issus de la pratique, de la recherche et de l'administration publique (Comité sur la terminologie)<sup>13</sup>, afin qu'elle représente mieux « les spécificités observées respectivement dans leurs champs d'activités » (MF, 2017, p. 16), ainsi que l'évolution des connaissances, depuis la mise en place du premier PAM. Cette nouvelle terminologie, qui comprend la dimension « organisationnelle » de la maltraitance notamment, a été adoptée dans le nouveau PAM 2017-2022. Elle sera présentée dans le cadre conceptuel de cette étude.

Dans le tableau 5, l'astérisque fait le pont entre la violation des droits de la personne et les mesures de protection — tutelle, curatelle, mandat en prévision de l'inaptitude, qui peuvent limiter la personne dans l'exercice de certains de ses droits (ex. comme celui de gérer ses propres biens); mais pas pour celui de son consentement aux soins — si elle

<sup>13</sup> Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; Ligne Aide Abus Aînés; Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées; Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec.

en comprend la nature et la portée. Cette nuance est d'importance et non exempte de difficultés conceptuelles et applicationnelles. Selon Bernheim (2012), l'inviolabilité de la personne, au regard du droit civil québécois, s'actualise notamment par le consentement aux soins. Ce consentement est le pivot des différents points de vue éthique, juridique ou déontologique, qui favorise les échanges entre les parties (ex. patient, médecin). Il offre la possibilité d'exprimer les volontés et les opinions puisque chacun est réputé apte à faire des choix à l'égard de leur santé et de leur corps, et aucun état psychiatrique, psychologique ou physiologique n'ont d'effet sur l'aptitude à consentir aux soins. Par ailleurs, une place importante est accordée à l'autodétermination, puisque « même dans le cas d'une inaptitude démontrée, les volontés individuelles doivent être au moins prises en compte, aux mieux respectées (...) ». Selon ces prémisses, l'exercice des droits ne peut être que minimalement restreint » (Bernheim, 2012, p. 590). Certaines difficultés sont toutefois liées à la mise en œuvre du refus de soins. Elles se révèlent dans les postulats sous-jacents aux principes généraux, qui placent les individus en position de responsabilité quant à leur santé et à la revendication de leurs droits. Ces postulats contraignent les individus (Warin 2009; Supiot, 2010) lorsqu'ils soutiennent que ces derniers sont responsables de leur état de santé, et qu'ils ont le devoir juridique et moral de rétablir ou de préserver leur santé (Lajoie, Molinari et Auby, 1981). Or, dans le cas où un individu est informé du risque de ne pas se soigner, et qu'il décide d'assumer ce choix, cela peut être considéré comme une marque d'irresponsabilité.

Toujours selon Bernheim (2009), la concrétisation du droit à l'information des personnes placées sous garde en établissement comporte également de nombreuses

difficultés, cette fois dans l'économie de la procédure et de la loi, ainsi que dans les rapports problématiques des systèmes juridiques et psychiatriques. L'information, à laquelle les individus ont droit lors de la mise sous garde en établissement, concerne notamment les motifs de cette garde<sup>14</sup>; puisque c'est en étant informés que les individus peuvent « prendre des décisions éclairées et saisir les motivations qui sous-tendent [leur] garde en établissement. (...) l'information dédramatise et permet d'atténuer le sentiment de révolte (...) » (Bernheim, 2009, p. 553). La communication des droits aux individus favorise le respect des autres droits fondamentaux, comme celui de l'intégrité, qui, dans le domaine médical, est lié au concept d'autonomie et d'autodétermination. Dans le cas de la garde en établissement par exemple, la limitation du droit à l'autodétermination peut être justifiée afin de préserver la sécurité et la vie d'un individu. Dans ce contexte, le droit à l'information permet de diminuer les atteintes à l'intégrité, en limitant les conséquences psychologiques qui résultent de l'imposition de cette garde, par une explication de la situation et des raisons qui la sous-tendent. L'information complète sur les droits de l'individu (droit au refus de traitement, au transfert d'établissement, etc.), lui permet de mettre en œuvre son droit d'autodétermination, malgré la situation contraignante.

En outre, les personnes placées sous régime de protection ou hébergées dans les CHSLD québécois notamment (placées sous garde en établissement par exemple), font partie d'une population à risque de subir des violations de leurs droits (ex. le droit de consentir aux soins, le droit à l'information concernant les motifs de sa garde en

---

<sup>14</sup> La garde en établissement à laquelle Bernheim (2009) réfère, est la garde proprement dite (ou la garde autorisée), « ordonnée par le tribunal à la suite de deux examens psychiatriques, si ceux-ci concluent à la nécessité de la garde en établissement parce que la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental et que le tribunal a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse » (Art. 29-30 C.c.Q., dans Bernheim, 2009, p.550).



établissement), mais aussi d'autres types de maltraitance, qui peuvent avoir trait, par exemple, à leurs besoins essentiels (ex. alimentation, hygiène, soins médicaux, médication) ou aux relations conflictuelles entre les résidents (ex. intimidation, insultes, bousculades, ingérences indues dans la vie privée, harcèlement) (Charpentier et Soulières, 2007). En 2003, selon les données les plus récentes trouvées, les CHSLD hébergeaient une majorité de personnes âgées de plus de 85 ans, dont 63 % étaient en très grande perte d'autonomie physique (ex. douleurs chroniques, incapacités liées à l'audition, à la mobilité, à la vision ou à l'agilité [Office des personnes handicapées du Québec, 2007]) et cognitive (environ 70 %) (MFA, 2010; MSSS, 2003a). Ces personnes, généralement des femmes, dont plus de la moitié vivaient sous le seuil de la pauvreté (Charpentier et Soulières, 2007; Charpentier, 2002) ont vécu le processus de placement, elles ont été déracinées de leur milieu de vie conventionnel, et certaines ont perdu leur pouvoir, leur identité et le contrôle sur leur quotidien (Charpentier et Soulières, 2007; Beaulieu et Caron, 2000).

Les aînés peuvent faire l'objet de types concomitants de maltraitance (ex. la maltraitance émotionnelle ou psychologique accompagne souvent la maltraitance matérielle ou financière) (MF, 2017; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012), commises par une ou plusieurs personnes de leur entourage (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; MFA, 2010; Cohen, Levin, Gagin et Friedman, 2007; Gravel, Beaulieu et Lithwick, 1997), et survenir aussi bien en institution qu'à domicile (MFA, 2010).

Or, comme la maltraitance peut se produire partout où il y a des aînés (MF, 2017), dans notre étude, il est important de ne pas seulement documenter les situations portées à la connaissance des CU qui sont perpétrées dans les milieux d'hébergement, mais aussi

celles qui sont commises dans les maisons privées, les logements dans un immeuble locatif, les habitations à loyer modique, les coopératives d'habitation, en plus de celles qui surviennent dans les résidences pour aînés avec services ou dans les ressources de type familial (RTF) ou intermédiaire (RI) du réseau de la santé et des services sociaux. Il est aussi pertinent de s'intéresser aux situations qui proviennent de tous les programmes des CSSS où il y a des aînés, tels que le soutien à domicile, le centre de jour, la santé mentale adulte, et des services des CLSC.

#### *2.2.3.4 Les indices de maltraitance*

Dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, on y lit que le fait de s'intéresser aux indices ou aux signes de maltraitance renvoie à la question de la détection de ces situations — quoi observer, quelles questions poser, qui peut se faire de différentes façons comme :

« poser des questions directes à la personne que l'on croit être en situation de maltraitance; rechercher les signes physiques qui peuvent être révélateurs de changements importants possiblement associés à la maltraitance; étudier les conjonctures démographiques ou sociales et examiner les conditions de vie, surtout si la personne vit une réalité particulière, à l'aide de grilles ou d'outils appropriés (Cohen et al., 2007) » (p. 20).

La détection de la maltraitance favorise effectivement l'identification des personnes qui sont la cible de telles situations. Cela se produit notamment lorsque les intervenants du réseau sociosanitaire reconnaissent les signes ou les symptômes physiques et psychologiques associés à une situation de maltraitance, et qu'ils dirigent les personnes âgées vers les ressources appropriées (MFA, 2010). Par exemple, différents signes peuvent être révélateurs d'une situation de maltraitance d'un membre du personnel envers une personne âgée, comme si la version des faits diverge ou si le récit de la situation ne cadre pas avec la gravité du traumatisme (Beaulieu, 2007). En milieu

d'hébergement, la première étape pour détecter la maltraitance est d'abord de reconnaître sa possible existence dans le milieu (MFA, 2010). La détection rapide d'une situation de maltraitance permettrait de la contrer, d'empêcher son aggravation et d'inciter à sa dénonciation (MFA, 2010). Divers outils permettent de détecter les situations de maltraitance, telles des grilles de repérage, qui varient selon l'intervenant ou le professionnel à qui elles sont adressées (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016).

Selon Crête et Dufour (2016), pour les situations d'exploitation financière, certains indices peuvent aider les intervenants à les détecter (Manthorpe, Samsi et Rapaport, 2012), comme ceux ayant trait à la personne aînée elle-même, lorsque cette dernière est confuse (Yaffe et Tazkarji, 2012), que son allure physique est négligée (Yaffe et Tazkarji, 2012) ou qu'elle change ses comportements (Manthorpe et al., 2012). Les intervenants ou les professionnels peuvent également détecter les situations d'exploitation en s'attardant aux indices relatifs à la situation sociale de la personne aînée, tels l'isolement (Manthorpe et al., 2012) ou le changement de réseau ou de cercle sociaux (Gilhooly et al., 2013). D'autres indices peuvent avoir trait à la situation financière de la personne aînée, tels des incohérences financières incompréhensibles ou un changement dans les conditions de vie de la personne aînée (Gilhooly et al., 2013). Enfin, d'autres indices peuvent être détectés dans l'environnement de la personne aînée, plus précisément lorsque cette dernière change de milieu de vie (Manthorpe et al., 2012).

Étant donné que la maltraitance peut prendre plusieurs formes ou types (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; MFA, 2010; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012),

et qu'elle peut se produire dans tous les milieux où il y a des aînés (ex. à domicile, en institution) (MF, 2017; MFA, 2010), les personnes sujettes à la détecter proviennent, elles aussi, de différents milieux (ex. milieux de vie, milieux de travail). Tout individu peut, en fait, relever les indices ou les signes de maltraitance, mais certaines personnes sont mieux placées pour le faire. On peut penser, par exemple, aux membres du personnel soignant dans les ESSS, qui peuvent remarquer des signes de violence sur certaines parties du corps des usagers, qui sont normalement dissimulées par des vêtements. Des indices de maltraitance peuvent aussi n'être révélateurs, qu'une fois conjugués à d'autres indices (MFA, 2010).

Dans le PAM 2010-2015, un tableau présente des exemples d'indices pour différents types de maltraitance. Nous l'avons reproduit ci-dessous. Des indices, tels la dépression ou le manque d'hygiène peuvent aussi être considérés comme des « symptômes de maltraitance<sup>15</sup> » (MFA, 2010, p. 21).

Tableau 6 : Types de maltraitance et indices possibles

Type de maltraitance	Les indices possibles de maltraitance
Maltraitance physique	Ecchymoses, blessures, réponses évasives ou défensives aux questions liées à un incident, histoire familiale de violence ou d'agression, changement dans les comportements, perte de poids, malpropreté de l'environnement physique.
Maltraitance psychologique ou émotionnelle	Dépendance, dépression, manque d'hygiène, pertes cognitives (en particulier, déclin rapide) (Lindbloom, Brandt et Meadows, 2007).
Maltraitance sexuelle	Plaies dans la région génitale ou anale, infections génitales, irritation génitale ou vésicale, problème de sommeil, angoisse excessive de la personne lorsqu'on la change de vêtements ou qu'on lui fait prendre son bain, comportements agressifs, dépression, méfiance envers les autres.

<sup>15</sup> « Bien que ces deux notions puissent parfois se recouper, il ne faut pas confondre le symptôme et l'indice. Le premier est le signe apparent d'un état sous-jacent existant (par exemple une maladie) alors que le second comporte un élément de probabilité. Un symptôme est toujours un indice alors qu'un indice n'est pas nécessairement un symptôme » (MFA, 2010, p. 21).

Maltraitance matérielle ou financière	Plus grand nombre de transactions bancaires, transactions immobilières inhabituelles, accumulation d'objets inutiles, disparition d'objets de valeur.
Violation des droits de la personne	Privation du droit de consentement aux soins ou du droit de refus de traitement, non-respect de la confidentialité des renseignements personnels, privation du droit d'une personne de gérer ses propres fonds ou ses propres biens alors qu'elle est en mesure d'exercer ses droits de façon autonome ou avec un minimum d'assistance ou souhaite le faire.
Négligence	Manque d'hygiène, malnutrition, affections cutanées, problèmes d'élimination (constipation, problèmes urinaires), isolement social.

(MFA, 2010, p. 22)

La nouvelle terminologie sur la maltraitance (Comité sur la terminologie, 2016), adoptée dans le PAM 2017-2022, comprend aussi des exemples d'indices (de signes observables), qui peuvent témoigner d'une situation de maltraitance. Ils sont présentés dans le cadre conceptuel de cette recherche.

Il peut être difficile de reconnaître la maltraitance envers les aînés, du fait notamment que certaines personnes ne veulent pas porter plainte ou dénoncer la maltraitance subie (MF, 2017; Crête et Dufour, 2016; Gouvernement du Québec, 2016; Jackson et Hafemeister, 2010), pour différentes raisons : elles souhaitent protéger quelqu'un (MF, 2017; MFA, 2010); préserver les liens (Charpentier et Soulières, 2007) avec la ou les personnes maltraitantes (MF, 2017; Crête et Dufour, 2016; Gouvernement du Québec, 2016); éprouvent de la honte, de l'humiliation ou de la culpabilité (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; MFA, 2010); ont peur que la situation s'aggrave, ont peur des représailles ou des menaces; appréhendent de devoir quitter leur domicile et d'être placé dans un autre établissement (Crête et Dufour, 2016; Gouvernement du Québec, 2016; Charpentier et Soulières, 2007). Des aînés ont également tendance à banaliser les maltraitances ou à les dissimuler (MF, 2017; MFA, 2010; Charpentier et

Soulières, 2007), voire même à les légitimer (Scodallero, 2006), dans un contexte de restriction budgétaire en institution par exemple, où il y a moins d'employés pour offrir les soins ou les services aux résidents (lorsque ce motif est invoqué par les employés). Il y a aussi des aînés qui ne réaliseront pas qu'ils se trouvent au centre d'une situation de maltraitance (ex. passer d'une situation relationnelle difficile à une situation de maltraitance) (MFA, 2010). La perte d'autonomie cognitive ou fonctionnelle des aînés peut aussi les contraindre dans leurs démarches de dénonciation des situations ou rendre celles-ci plus ardues (Crête et Dufour, 2016; Gouvernement du Québec, 2016).

Dans le réseau sociosanitaire, il peut alors exister une distorsion dans le discours des usagers qui disent jouir d'un grand respect de leurs droits et libertés et les atteintes manifestes qu'ils peuvent subir dans leur quotidien (ex. soins non reçus, attentes indues, liberté contrôlée, propos infantilisants) (Charpentier et Soulières, 2007). Il sera donc intéressant de voir si l'exercice des fonctions de défense des droits des usagers des CU, leur permettent de détecter les situations de maltraitance envers les aînés. Cela est important puisque selon Bernheim (2009), les violations des droits des aînés favorisent leur exclusion sociale et leur stigmatisation. Or, des enjeux de violations des droits sont présents dans tous les types de maltraitance envers les aînés (Comité sur la terminologie, 2016).

#### *2.2.3.5 Les facteurs de risque et de vulnérabilité*

Selon Beaulieu et Bergeron-Patenaude (2012), les facteurs de risque à la maltraitance font référence aux conditions perturbantes ou stressantes de l'environnement social et humain dans lequel vivent les aînés. Les facteurs de risque qui sont les plus fréquemment nommés dans les écrits sont :

« les conflits avec des membres de la famille ou des amis, la cohabitation avec un ou plusieurs de ses proches, une tension dans la relation entre la personne âgée et celle qui lui donne de l'aide (Cohen, Haveli-Levin, Gagin et Friedman, 2006) et le fait que la personne âgée partage son domicile avec la personne qui la maltraite (Baker, 2007) » (MFA, 2010, p. 25-26).

La maltraitance peut être commise lorsqu'une personne devient un fardeau pour un proche épuisé, ou bien lorsqu'elle vit avec un proche, qui est lui-même aux prises de problèmes de santé. Le fait de vivre isolé, d'avoir un réseau social restreint peut également constituer un facteur de risque à la maltraitance (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; MFA, 2010). De plus, les membres du personnel soignant, dans les ESSS par exemple, peuvent être bien intentionnés pour prendre soin des usagers, mais à risque de commettre de la maltraitance en raison des difficultés associées à la prestation des soins (Dubble, 2006; Bergeron et Gray, 2003; Brandl, 2000). Le stress est notamment une difficulté que les membres du personnel doivent apprendre à surmonter ou à gérer dans les établissements pour ne pas commettre de la maltraitance envers les âgés, c'est-à-dire avoir un comportement violent ou négligent envers eux.

De leurs côtés, les facteurs de vulnérabilité à la maltraitance renvoient à des caractéristiques personnelles, comme le comportement ou l'état de santé (MFA, 2010). Une personne est alors plus vulnérable à la maltraitance si elle est affectée par des problèmes de santé physique (MFA, 2010; Nahmias et Schwartz, 2008; Straka et Montminy, 2008), des pertes cognitives, des problèmes de santé mentale (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; MFA, 2010; Fulmer et al., 2005), si elle consomme des psychotropes, manque de contacts sociaux (MFA, 2010; Baker, 2007), si elle présente des difficultés comportementales ou émotives — liées à la démence notamment, ou si elle résiste aux soins (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016;

MFA, 2010; Cooper et al., 2006). De plus, un aîné qui est aux prises de différents maux que sa condition mentale et physique l'empêche de formuler, d'exprimer, peut ne pas recevoir les soins appropriés (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; MFA, 2010; Lindbloom, Brandlt, Hough et Meadows, 2007). Les aînés seraient l'un des quatre groupes — avec les personnes aux prises d'un handicap, les femmes et les enfants, jugés les plus vulnérables à la maltraitance (Levesque, 2002, dans Patterson et Malley-Morrison, 2006).

Certains aînés peuvent aussi vivre des réalités particulières, telles que de faire partie d'une communauté culturelle, être lesbienne, homosexuel, bisexuel ou transgenre (LGBT), qui les rendent plus vulnérables à la maltraitance et pour lesquels il peut être nécessaire de recourir à des actions spécifiques pour contrer ces situations (MFA, 2010). Ces réalités renvoient à une certaine vulnérabilité sociale souvent sous-estimée (Charpentier et Soulières, 2007).

En ce qui a trait à la vulnérabilité des aînés en lien avec l'exploitation, le Tribunal des droits de la personne a énoncé trois composantes de la notion d'exploitation : « 1) une mise à profit; 2) d'une position de force; 3) au détriment d'intérêts plus vulnérables » (Commission des droits de la personne c. Coutu, préc. note 7, dans Duhamel, 2011, p. 3). Une personne vulnérable est quelqu'un qui peut être atteint facilement, qui a de la difficulté à se défendre (le Petit Robert, dans Bernard et Ledoyen, 2001). La CDPDJ est d'avis que l'avance en âge entraîne une certaine vulnérabilité chez les individus, qui affaiblit leur capacité de défense, aux plans physique, affectif et psychique. La commission considère toutefois qu'il n'y a pas d'âge précis permettant de placer la frontière entre les plus jeunes et les aînés, et que le processus de vieillissement est



hétérogène. Bien que l'avance en âge soit une source générale de vulnérabilité, les pertes et les pathologies (physiques, cognitives, affectives) liées au vieillissement en sont des sources spécifiques, qui peuvent atteindre la personne de plusieurs manières, à différents degrés (Bernard et Ledoyen, 2001).

« Même si la vulnérabilité s'avère découler des déficiences qui caractérisent une personne, elle acquiert son sens par rapport à deux facteurs qui interagissent : d'une part, la nature et le degré de cette vulnérabilité et, d'autre part, les conditions offertes à cette personne par son environnement. On peut aussi dire que, plus une personne est vulnérable, plus elle dépend physiquement, mentalement ou émotivement de son entourage et de son environnement » (Bernard et Ledoyen, 2001, p. 9).

Plusieurs facteurs peuvent accentuer la vulnérabilité d'un aîné, comme les pathologies physiques, psychiques et affectives (Dowd, 2003, dans Duhamel, 2011). Le risque d'exploitation de cette personne peut aussi être augmenté par des éléments comme l'isolement social, la vulnérabilité due à l'hébergement institutionnel, le manque de services sociosanitaires pour maintenir son autonomie et l'âgisme (Gnaedinger, 1989, dans Duhamel, 2011). En 2001, la CDPDJ a publié un rapport rendant compte de plusieurs témoignages d'individus et d'organismes relativement à de nombreux cas d'exploitation envers les aînés; et il s'avère que l'isolement de ces personnes est un grand facteur de risque à la maltraitance (Crête et Dufour, 2016). En fait, une personne aînée isolée :

« se trouve dans une situation “idéale” pour les “manipulateurs relationnels”, puisqu'elle leur fournit des “garanties” d'arriver à obtenir ce qu'ils veulent (RRSSS de Lanaudière). (...) [De plus], les personnes dont le réseau social et affectif est faible ou inexistant sont des proies particulièrement faciles pour un exploiteur éventuel. (...) l'isolement (...) signifie la “victoire de l'abuseur” (CAVAC-MV, Table de concertation et AQDR de Jonquière) » (Bernard et Ledoyen, 2001, p. 30).

Selon Dorvil (2005), les personnes vulnérables exercent peu ou pas leurs droits, même dans des situations extrêmement préjudiciables. Elles sont peu informées de leurs droits

et recours et leurs aptitudes limitées (voire inexistantes) les empêchent d'exprimer leurs volontés et de mettre en œuvre les moyens pour les faire respecter. Cela contribue à leur isolement social, étant donné que leur entourage (famille, intervenants), a une perception abstraite ou faussée de leurs droits ou de leurs besoins. Comme ces personnes sont souvent dans un rapport de dépendance vis-à-vis des membres de leur famille ou des intervenants, elles craignent de subir des représailles ou de leur déplaire. Dorvil (2005) souligne l'importance de l'existence des moyens pour promouvoir les droits de ces personnes, et en assurer le respect, tels les CU dans les ESSS.

#### *2.2.3.6 Les caractéristiques des personnes qui maltraitent*

Tout individu en relation avec un aîné pourrait être maltraitant à son endroit (MFA, 2010; Lithwick, Beaulieu, Gravel et Straka, 2000). En fait, les personnes qui commettent de la maltraitance envers les aînés évoluent dans un rapport de confiance avec eux, tel un ami, un voisin, un proche, ou un proche aidant (Crête et Dufour, 2016; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; MFA, 2010, Gouvernement de l'Alberta, 2014). La maltraitance envers les aînés commise par les proches découle régulièrement de dynamiques relationnelles complexes établies depuis longtemps (MF, 2017; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; MFA, 2010). Lorsque les aînés sont hébergés, les personnes maltraitantes se retrouvent parmi les membres du personnel, les membres de la direction des établissements ou bien parmi les proches (Crête et Dufour, 2016).

Selon Beaulieu (2007), les personnes violentes ou négligentes peuvent être des aidants mal informés, mal soutenus, épuisés, des individus qui désirent s'enrichir rapidement, des personnes qui présentent des problèmes de dépendance, ou des individus ayant subi, antérieurement, de la négligence ou de la violence. Des situations conflictuelles peuvent

aussi avoir trait à la personne « aidée » qui maltraite la personne « aidante ». Dans ces cas, les aidants peuvent avoir de la difficulté à réagir à ces agressions, ce qui peut entraîner de la frustration. Le personnel soignant peut également ne pas avoir suivi de formation spécifique pour intervenir auprès de la clientèle âgée, s'engageant ainsi sur la base de sa bonne volonté et de son intérêt pour ce travail. De même que le personnel formé n'est pas toujours adéquatement préparé à prendre soin quotidiennement d'une clientèle présentant des déficits cognitifs ou physiques. Des travailleurs ne savent pas comment réagir de façon appropriée face à certains comportements des résidents, qu'ils interprètent comme des attaques ou des atteintes à leur intégrité. Ne pas offrir une formation minimale aux professionnels qui côtoient les « malades », au sujet de la maltraitance, « c'est ouvrir la porte au risque de maltraitance des malades et des professionnels » (Amyot, 2009, p. 281). La maltraitance est très souvent le résultat de l'ignorance, bien plus qu'une affaire de norme ayant été délibérément enfreinte (Lalonde et Roux-Dufort, 2012).

En 2010, au Québec, selon les données les plus récentes produites par le ministère de la Sécurité publique, on dénombrait 2040 cas d'infractions à l'endroit des personnes âgées.<sup>16</sup> Ces infractions ont été constatées par les corps policiers et enregistrées au *Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire* (Programme DUC 2). La majorité des personnes âgées ayant subi une telle infraction contre la personne connaissait l'auteur de la présumée infraction (71 %), qui se révélait être une connaissance (31 %), leur enfant (12 %), leur conjoint ou leur ex-conjoint (10 %)

---

<sup>16</sup> Plus précisément, 1013 cas de voies de fait, 454 cas de menaces, 203 cas de vols qualifiés, 119 cas d'harcèlement criminel, 119 cas d'appels téléphoniques harassants, harcelants ou d'intimidation, 48 cas d'agressions sexuelles et autres infractions d'ordre sexuel, 41 cas d'extorsions, 25 cas de séquestrations ou d'enlèvements, 18 cas de négligence criminelle ou d'autres infractions entraînant la mort (tentatives de meurtre, complots en vue de commettre un meurtre, meurtres).

(Sécurité publique du Québec, 2010). Il faut cependant rester prudent avec ces données puisqu'elles sont parcellaires. Peu de situations de maltraitance sont rapportées à la police. On peut penser que ce ne sont que les plus graves (MFA, 2010).

De plus, en 2004, au Canada, selon les données amassées dans les cas de violence envers les personnes âgées déclarés à la police, la personne maltraitante était généralement un homme, conjoint ou enfant adulte de la personne maltraitée, éprouvant un problème de consommation d'alcool (une consommation excessive), percevait de façon négative la personne âgée ou avait des antécédents de comportements antisociaux (Crête et Dufour, 2016; Agence de la santé publique du Canada, 2012). Les études et les rapports sur les cas de maltraitance envers les aînés, dont les cas d'exploitation financière perpétrés par les membres de la famille, mettent en lumière les situations à risque dans lesquelles évoluent plusieurs aînés, tels les rapports de dépendance, en raison d'une déficience physique ou cognitive ou la cohabitation avec un proche aux prises de différents problèmes (ex. toxicomanie, alcoolisme, jeu compulsif, problème de santé mentale) (Crête et Dufour, 2016; Ha et Code, 2013).

Plus largement, l'âgisme peut également avoir une influence sur l'incidence de la maltraitance, puisque dans une société où il est répandu, il est généralement admis que le degré de tolérance à l'égard de la maltraitance est plus élevé (Phelan, 2008). Selon Phelan (2008), peu de littérature traite de la maltraitance envers les aînés sous l'angle de l'âgisme et de son influence sur les droits de l'homme et la citoyenneté. L'âgisme se définit comme « un ensemble d'attitudes négatives ou hostiles contre une personne ou un groupe en raison de l'âge qui peuvent entraîner des gestes préjudiciables ainsi qu'une forme de marginalisation sociale » (Phelan, 2008, dans MFA, 2010, p. 32). Il rassemble

toutes les formes de discrimination ou de ségrégation fondées sur l'âge et se manifeste dans toutes les sphères de la vie, en influençant même la mise en place de services de soutien pour les aînés souffrant d'une telle situation (MFA, 2010; Walsh et al., 2007). Les comportements et les attitudes discriminatoires, les stéréotypes, les préjugés et les représentations négatives à l'égard des aînés sont favorables à la maltraitance (Beaulieu et Crevier, 2013; Charpentier, 2002) et à l'exclusion sociale (Bernard et Ledoyen, 2001).

La dénonciation des situations de maltraitance est aussi difficile pour certaines personnes aînées qui ont elles-mêmes intégré à leurs comportements des idées âgistes (MFA, 2010). Une personne aînée qui se perçoit comme étant vulnérable, faible ou incapable, peut laisser continuer la discrimination sociale, le chantage ou la manipulation (Crête et Dufour, 2016; MFA, 2010). Cette intériorisation de l'âgisme peut aussi contribuer à ce que les personnes aînées aient peur de déranger, et ainsi façonner leur rapport aux autres en fonction de leurs devoirs et de leurs responsabilités, plutôt que de leurs droits (Crête et Dufour, 2016; Bernard et Ledoyen, 2001). Cela peut également faire en sorte que les personnes aînées se sentent coupables ou responsables de la situation de maltraitance, de la part d'un proche par exemple, ce qui expliquerait leur non-vouloir à dénoncer la situation ou à demander de l'aide (Crête et Dufour, 2016; Bernard et Ledoyen, 2001; MFA, 2010).

#### *2.2.3.7 Les conséquences de la maltraitance*

La maltraitance entraîne du tort et de la détresse chez ceux et celles qui la subissent (OMS, 2002, MFA, 2010). Elle peut causer des séquelles physiques temporaires ou permanentes (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016), comme l'apparition de pathologies ou des séquelles psychologiques, comme un stress intense (Deem, 2000), de

l'insécurité, de l'anxiété (Yaffe et Tazkarji, 2012), de la dépression, voire même des idées suicidaires (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; Crête et Dufour, 2016; MFA, 2010).

Dans les cas de maltraitance financière (ou exploitation financière), il peut aussi y avoir des conséquences économiques individuelles importantes, telle la perte de sommes d'argent (Stiegel, 2012), qui sont souvent les seules économies disponibles pour répondre aux besoins quotidiens de la personne maltraitée (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; Crête et Dufour, 2016). Dans certains cas, le recouvrement de ces sommes peut s'avérer difficile, en raison de l'âge avancé des personnes maltraitées (Crête et Dufour, 2016; Choi, Kulick et Mayer, 1999). Cela peut entraîner la perte de confiance envers autrui (Deem, 2000), ce qui est non négligeable dans les cas où elle se trouve en situation de dépendance à l'égard des membres de la famille ou des intervenants. La personne aînée peut être moins encline à demander de l'aide, en cas de problème de santé par exemple (Crête et Dufour, 2016; Jackson et Hafemeister, 2010). Ce manque de confiance, combiné à un sentiment de culpabilité ou de honte, peut expliquer la réticence de certaines personnes aînées à dénoncer les situations (Crête et Dufour, 2016).

Les conséquences des situations de maltraitance peuvent affecter la santé générale des personnes aînées qui les subissent. En effet, dans quelques études, un accroissement de la fréquentation des urgences (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016) et une augmentation du taux de morbidité associé à la maltraitance ont été observés (MFA, 2010; Lachs, William et al., 1997).

Les personnes mal accompagnées, pour se sortir d'une situation de maltraitance, développent aussi davantage de comportements autodestructeurs, comme des idées suicidaires (MFA, 2010).

La maltraitance porte atteinte à l'intégrité psychique et physique (Scodallero, 2006) des personnes âgées, à leur dignité, à leurs droits fondamentaux (Charazac, 2014) et altère leur qualité de vie (MFA, 2010).

Bien que l'ainé maltraité soit la première personne touchée par les conséquences de la maltraitance, les membres de son entourage peuvent aussi en subir les effets néfastes. Effectivement, les amis, la famille et, plus largement, l'environnement (ex. le milieu de vie) de l'ainé peuvent en être affectés. Tout comme la violence conjugale ou l'intimidation, la maltraitance dépasse le problème individuel (MF, 2017).

#### *2.2.3.8 Les facteurs de protection contre la maltraitance et les bonnes pratiques*

Les facteurs de protection, qui tendent à réduire l'incidence de la maltraitance, sont des caractéristiques propres à l'ainé (intrinsèques) ou à son environnement (extrinsèques) (MF, 2017).

Les facteurs de protection intrinsèques à l'ainé renvoient, entre autres, à une bonne estime de soi (ex. débrouillardise), à la capacité de demander de l'aide (ex. entraide, coopération), à la compréhension des émotions (ex. facilité à exprimer ses sentiments et ses émotions), à la participation sociale (ex. sentiment d'appartenance, tel l'appartenance sociale, l'inclusion sociale, le soutien social), à la capacité d'apprendre sur soi-même et sur la collectivité (ex. développement personnel), ainsi qu'au maintien

de bonnes habitudes de vie (ex. encouragement de l'autonomie) (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016).

Les facteurs de protection extrinsèques à l'aîné, quant à eux, renvoient notamment à son réseau (ex. un soutien social de qualité, composé d'individus adéquats, outillés et disponibles), à son environnement (ex. un milieu de vie exempt d'exclusion sociale et d'âgisme) et à sa capacité financière (ex. à la disponibilité de revenus suffisants) (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016).

Dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, il est précisé qu'une personne âgée est mieux protégée si les conditions suivantes sont réunies :

«un réseau ou un soutien social adéquat permettant (...) de briser l'isolement; un environnement physique et psychosocial sain dans lequel la personne âgée se sent en sécurité; une information adaptée aux besoins de la personne âgée ou de son représentant sur les sujets liés à la maltraitance et sur les endroits où cette information est disponible; un entourage qui connaît l'existence et les différentes facettes du phénomène de la maltraitance (...); la capacité des proches et du personnel de comprendre le vieillissement dans ses manifestations les plus usuelles (...), mais aussi de ne pas se sentir dépourvus devant la manifestation de symptômes associés à certaines maladies liées au grand âge (...) » (MFA, 2010, p. 34-35).

Certaines approches sont aussi reconnues pour contrer la maltraitance dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour être efficace par exemple, l'organisation des soins et des services dans les établissements devrait être en continu (continuité interne) (MFA, 2010; Salamone, Dougherty et Evans, 2009; Neremberg, 2006; Mosqueda, Burnight, Liao et Kemp, 2004) et le travail interdisciplinaire ou la collaboration interprofessionnelle favorisés (MFA, 2010; Dell, Fialk, Levine, Reingold et Solomon, 2009).



Dans le PAM 2017-2022, on y lit que les situations de maltraitance envers les aînés sont souvent complexes et qu'elles font appel à différents intervenants — ces derniers mettent leur expertise spécifique à la disposition de l'aîné maltraité et de son entourage, s'il y a lieu. Le travail intersectoriel et la concertation entre ces intervenants est alors à encourager, pour favoriser la qualité et l'efficience en matière de continuité des services, au sein d'une même organisation, mais aussi d'une organisation à une autre. Cela peut se faire, entre autres, par la mise en place de protocoles et d'ententes intersectoriels ou par des discussions de cas au sein des équipes interprofessionnelles.

Il existe également d'autres bonnes pratiques, dans les milieux sociosanitaires, pour lutter contre la maltraitance envers les aînés, tels que les formations initiales et continues offertes à l'ensemble des intervenants sur le sujet. L'acquisition de connaissances sur la maltraitance, mais aussi sur le vieillissement, peut faire en sorte que des comportements maltraitants soient évités. Les contenus de formation peuvent inclure, par exemple, les divers indices qui peuvent témoigner d'une situation de maltraitance, ainsi que ceux qui confirment sa présence (indicateurs). La formation aide au repérage de telles situations, en permettant aux intervenants d'offrir accompagnement et soutien à l'aîné maltraité, mais aussi de prévenir l'aggravation de la situation (MF, 2017).

La formation, le travail intersectoriel et la concertation permettent aux intervenants d'être mieux outillés pour évaluer le jugement libre et éclairé de la personne maltraitée sur sa situation, et peuvent prendre de meilleures décisions la concernant (MFA, 2010; Salamone et al., 2009).

Ces dernières années, le MSSS a également réalisé de nombreuses actions visant à diminuer l'incidence de la maltraitance envers les aînés dans les ESSS, en nommant par exemple, un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services responsable de diffuser de l'information sur les obligations et les droits des usagers, le code d'éthique de l'établissement et le régime d'examen des plaintes, ainsi que l'obligation de constituer un CU et des CR (MFA, 2010). Or, si les effets de ces mécanismes de prévention et de réaction ne sont pas évalués, il est impossible de savoir si ces derniers permettent réellement de réduire l'incidence de la maltraitance. Le respect du pouvoir d'agir et de l'autonomie de la personne aînée, de ses capacités, de ses choix, de ses désirs et de sa compréhension de la situation de maltraitance (Crête et Dufour, 2016; Gouvernement du Québec, 2016) devraient être au cœur des actions de ces instances de plaintes, et de défense des droits, tout comme l'accompagnement et le soutien (ex. lors de la prise de recours).

Selon Crête et Dufour (2016), différents recours d'ordre administratif, civil, pénal, criminel et disciplinaire peuvent être appliqués en vue de prévenir ou de sanctionner certaines situations de maltraitance, telle l'exploitation financière, et de défendre ou de faire respecter les droits des personnes, dont les personnes aînées. Comme mesures de protection par exemple, comme recours, il y a notamment la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* et le *Tribunal des droits de la personne*, qui veillent à ce que les personnes bénéficient de la protection prévue dans la *Charte des droits et libertés de la personne* (RLRQ c C-12 [Charte ou la Charte québécoise]), et qui sont appelés à intervenir en cas d'exploitation ou de discrimination envers une personne aînée ou handicapée (art. 48, Charte québécoise). Selon les articles 48 et 49 de la Charte,

une personne âgée ou handicapée qui subit une situation d'exploitation peut porter plainte à la Commission, et si cette dernière estime le bien-fondé de la plainte, elle peut saisir le Tribunal des droits de la personne du Québec pour obtenir la cessation de l'exploitation et la réparation des préjudices (art. 71, 80, 111, Charte québécoise). Les proches des personnes âgées maltraitées ou les personnes qui en tiennent lieu, les groupes de personnes âgées dans la même situation, les organismes voués à la défense des droits et libertés ou au bien-être d'un groupe de personnes, ou toute personne témoin de la situation peuvent aussi porter plainte à la CDPDJ (art. 74, Charte québécoise). La Commission peut également intervenir de sa propre initiative au moment où elle est informée de la possible existence d'une situation d'exploitation (art. 74, Charte québécoise), sans le consentement de la personne âgée (ou handicapée) présumée maltraitée (ex. pour faire cesser l'exploitation, assurer la sécurité de la personne âgée, obtenir la réparation du préjudice ou demander à un tribunal d'ordonner une mesure d'urgence) (art. 74, Charte québécoise; site Internet de la CDPDJ). L'exploitation financière peut aussi constituer « une violation des règles déontologiques, telles celles imposées aux professionnels régis par le Code des professions et donn[er] lieu à des sanctions disciplinaires » (Crête et Dufour, 2016, p. 32).

Toujours selon Crête et Dufour (2016), sur le plan juridique, la curatelle, la tutelle et les mesures de protection dans le cadre de l'homologation d'un mandat en prévision de l'incapacité (Code civil du Québec, RLRQ c C-1991, arts 256–97, 2166–85) sont importants à considérer pour la protection des personnes âgées inaptes. Le Curateur public assure la surveillance de l'administration de ces régimes, et lorsqu'il soupçonne une situation de maltraitance, peut enquêter et exiger dans certaines conditions que les

comptes et les livres ayant trait aux biens administrés par un curateur ou un tuteur soient examinés par un comptable (Loi sur le curateur public, RLRQ c C-81, arts 20–23, 27–28. 1). Dans le cas où la personne représentée est à risque de subir un préjudice causé par la mauvaise exécution ou l’inexécution des fonctions d’un tuteur ou d’un curateur, le Curateur peut exiger le remplacement de ce dernier. Il peut également « demander la révocation de tout mandat donné en prévision de l’incapacité si le mandat n’est pas fidèlement exécuté ou pour un autre motif sérieux » (article 22, Loi sur le curateur public, RLRQ c C-81, arts 20–23, 27–28.1. 98, dans Crête et Dufour, p. 30).

Le 30 mai 2017, le gouvernement du Québec a adopté la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Cette loi « vise à prévenir les situations de maltraitance, à en faciliter la dénonciation et à favoriser la mise en œuvre d’un processus d’intervention efficace à cet égard » (MF, 2017, p. 70). Elle renforce notamment certaines mesures de protection, dont celle du traitement des plaintes et des signalements relatifs à de la maltraitance par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les ESSS. Elle met aussi en place certaines mesures, dont celle de rendre obligatoire, pour l’ensemble des usagers du réseau sociosanitaire et des professionnels — sauf les notaires et les avocats, le signalement des situations de maltraitance, qui portent atteinte de façon sérieuse à l’intégrité psychologique et physique des personnes résidentes dans les CHSLD et des personnes incapables (soit celles sous curatelle, tutelle ou dont le mandat de protection a été homologué). Le signalement doit s’effectuer auprès du commissaire de l’établissement, si la personne y reçoit des services, ou au corps de police concerné, dans les autres cas (MF, 2017).

La mise en place de cette loi, de ces pratiques, mécanismes ou recours s'inscrit dans une orientation visant à favoriser le respect des droits des personnes âgées et à lutter contre la maltraitance, mais aussi à protéger les personnes qui ont besoin de protection — les personnes plus vulnérables (Patterson et Malley-Morrison, 2006).

### **2.3 Synthèse de la recension des écrits et pertinence scientifique et sociale de la recherche**

La recension des écrits montre que les droits des aînés font l'objet d'une attention croissante de la société (Dorvil, 2005) et que la volonté de défendre ces droits et de protéger les aînés contre la maltraitance est un phénomène mondial (ONU, 2010; 2011a; 2011b; 2012; 2013, 2014, 2015; 2016; 2017).

La maltraitance envers les aînés, dans les établissements de soins notamment, est aussi un phénomène mondial, souvent passé sous silence et incompris. Elle peut être commise par les membres du personnel, les proches ou les autres résidents (ONU, 2011b).

La maltraitance se produit au sein d'un rapport (d'une relation) de confiance entre les acteurs (MF, 2017; Bédard et Beaulieu, 2016; Crête et Dufour, 2016; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; MFA, 2010, Gouvernement de l'Alberta, 2014; Beaulieu, 2007) et elle engendre de la souffrance chez ceux et celles qui la vivent (MF, 2017; Crête et Dufour, 2016; Yaffe et Tazkarji, 2012; MFA, 2010; Deem, 2000).

La mise en place des CU et des CR dans les ESSS, soit des mécanismes de défense des droits des usagers, et l'adoption des deux *Plans d'action gouvernementaux pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* et *2017-2022* montrent la volonté claire du gouvernement provincial de diminuer l'incidence de la maltraitance envers les aînés au Québec et d'assurer le respect des droits des usagers dans le système

sociosanitaire — la défense des droits est un moyen de protéger les aînés, de les défendre ou de leur permettent de « se » défendre contre la maltraitance (Bédard et Beaulieu, 2015).

Dans les écrits recensés, les auteurs s'intéressent aux CU et aux CR comme mécanisme de participation public dans les ESSS, plus précisément aux conditions de mise en place de ces comités (Mascova, 2012), à leur rôle, à leur mandat, à leurs fonctions (Bordeleau et Gagnon, 2013; Gagnon et al., 2012; Pomey et al. 2009), à leur autonomie (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013) et à leur influence dans les milieux (Gagnon et al., 2014), mais peu, voir aucun, s'intéressent au traitement des situations de maltraitance envers les aînés par les CU. D'ailleurs, selon Pomey et al. (2009), le rôle des CU dans le traitement des plaintes est marginal — ces plaintes peuvent avoir trait à de la maltraitance envers les aînés, puisqu'il est dévolu au commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui a seulement des comptes à rendre au président du CA de l'établissement.

Les écrits recensés mettent toutefois en lumière la complexité dans laquelle évolue la participation des membres au sein des établissements et les facteurs susceptibles de l'influencer au plan individuel, social et structurel (Pomey al., 2009). En s'inspirant de ces écrits, on peut penser que pour réellement défendre les droits des usagers, en amont, sur le moment ou en aval des situations de maltraitance, les membres des comités doivent avoir une bonne compréhension du système sociosanitaire, de leur rôle, de leur mandat et de leurs fonctions, et se les approprier collectivement (Gagnon et al., 2014; Pomey et al., 2009), qu'ils puissent jouir d'une certaine autonomie et d'une bonne relation et collaboration avec les directions et les autres intervenants de l'établissement

— avoir une confiance mutuelle et une crédibilité (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013), et qu'ils aient du soutien (ex. budget, espace physique, outils logistiques, formations) (Pomey et al., 2009).

Les textes recensés sur la défense des droits des aînés, les CU et les CR et la maltraitance envers les aînés convergent en un point « fondamental » : l'importance et la difficulté de reconnaître (détecter, prendre connaissance), comprendre et dénoncer les situations de maltraitance ou les problèmes, et de se faire entendre (pour faire changer les choses : mettre fin aux situations ou aux problèmes; prévenir les situations ou les problèmes analogues).

De façon plus précise, les écrits ont mis en évidence : la difficulté de reconnaître la maltraitance et de la dénoncer (MF, 2017; Gouvernement du Québec, 2016; MFA, 2010; Beaulieu, 2007; Dorvil, 2005); la difficulté des personnes qui en sont la cible d'en parler ou de demander de l'aide (ex. par peur de représailles) (MF, 2017; Crête et Dufour, 2016; Jackson et Hafemeister, 2010; Gouvernement du Québec, 2016; Charpentier et Soulières, 2007; Bernard et Ledoyen, 2001); les limites des comités pour identifier, comprendre et dénoncer les manquements aux droits (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013; Mascova, 2012; Pomey et Ghadi, 2009) et la complexité des situations de maltraitance (ex. types, formes, causes, conséquences) (MF, 2017; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; MFA, 2010; Beaulieu, 2007). Au fond, ces écrits montrent qu'il n'est pas simple de prévenir, détecter et dénoncer la maltraitance pour y fin. Les CU ont-ils les moyens, le pouvoir et l'autonomie pour y parvenir?

La synthèse des connaissances et la convergence des écrits, nous conduisent à vouloir comprendre : 1) les situations portées à l'attention des CU et en quoi elles constituent de la maltraitance; 2) ce qu'en font les comités; et 3) leurs limites à les traiter — à les connaître, à les analyser, à les dénoncer et à apporter des changements.

Pour y parvenir, trois concepts centraux seront mobilisés : la maltraitance envers les aînés, le pouvoir (des comités) et l'autonomie (des comités). Ces trois concepts seront définis, explicités, et « opérationnalisés » — c'est-à-dire que nous expliquerons comment ils seront utilisés dans les analyses de la thèse, dans le prochain chapitre.

Dans un contexte de lutte contre la maltraitance envers les aînés, et de recherche de moyens pour la prévenir, la corriger ou la faire cesser, il apparaît plus que pertinent, socialement et scientifiquement, d'évaluer les mécanismes devant prévenir ou contrer la maltraitance, surtout que cela a été relativement peu fait.



### **3. But et objectifs de l'étude, cadres conceptuel et théorique et questions de recherche**

#### **3.1 But et objectifs de l'étude**

Le but de cette étude est de décrire et de comprendre comment les CU dans les CSSS du Québec composent avec les situations de maltraitance envers les aînés portées à leur attention.

Les objectifs de la recherche sont les suivants :

1. Faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés qui sont portées à l'attention des CU.
2. Documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action.
3. Établir la portée et les limites des actions des CU et recommander des actions pour les améliorer.

#### **3.2 Cadres conceptuel et théorique**

Pour atteindre les objectifs de cette thèse, nous allons recourir à un cadre conceptuel et à un cadre théorique. Ces cadres seront présentés selon chacun des objectifs.

*Objectif 1 : Faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés qui sont portées à l'attention des CU.*

Pour atteindre l'objectif 1 de la recherche, nous faisons usage d'**un cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés.**

La recension des écrits a permis de rendre compte de l'état des connaissances au moyen de plusieurs travaux traitant de ce sujet. Nous retenons d'abord de ces écrits, la

traduction libre de la définition proposée par l’OMS, en 2002, adoptée dans le *Plan d’action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* : « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d’action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée » (MFA, 2010, p. 17).

Cinq éléments centraux se dégagent de cette définition. Premièrement, *les gestes singuliers ou répétitifs*, qui renvoient à la première forme de la maltraitance : la violence. Deuxièmement, *l’absence d’action appropriée*, qui évoque la seconde forme de la maltraitance : la négligence. Les deux formes de la maltraitance (violence et négligence) peuvent se manifester dans l’un ou l’autre des sept types ou catégories de maltraitance suivants : psychologique, physique, sexuel, organisationnel, matériel ou financier, violation des droits et âgisme (Comité sur la terminologie, 2016). Troisièmement, *la relation de confiance*, qui précise que la maltraitance se produit entre personnes familières, tels les membres d’une famille, les voisins ou les dispensateurs de services (MF, 2017; Crête et Dufour, 2016; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; MFA, 2010, Gouvernement de l’Alberta, 2014; Beaulieu, 2007). La maltraitance ne comprend donc pas les actions commises par des personnes étrangères, qui prennent comme cible des aînés, puisque dans ces cas, il s’agit de victimisation criminelle (Bédard et Beaulieu, 2016). Quatrièmement, le *tort ou la détresse* occasionnés par la maltraitance (les conséquences, les blessures), qui peuvent être visibles ou non sur la santé physique, psychologique, sociale ou financière des aînés maltraités (MF, 2017; Crête et Dufour, 2016; Yaffe et Tazkarji, 2012; MFA, 2010; Deem, 2000).

Cinquièmement, la *nature intentionnelle ou non intentionnelle de la maltraitance*, qui n'est pas nommée de façon explicite dans cette définition (Comité sur la terminologie, 2016). La maltraitance est *intentionnelle*, lorsque la personne maltraitante veut causer des préjudices (tort ou détresse) à l'aîné, ou *non intentionnelle*, lorsqu'elle ne souhaite pas lui en causer ou qu'elle ne comprend pas les préjudices qu'elle cause (Comité sur la terminologie, 2016; Bédard et Beaulieu, 2016). Il importe de se rappeler que dans le tout nouveau PAM 2017-2022, la définition de la maltraitance envers les aînés retenue inclut l'intentionnalité ou non des gestes (MF, 2017).

Nous retenons, également, le travail fait par le Comité sur la terminologie<sup>17</sup>, en 2015 et 2016, qui permet de bonifier et de préciser la terminologie québécoise sur la maltraitance envers les aînés. Ce travail, plus précisément, définit la maltraitance envers les aînés — en reprenant la traduction libre de la définition présentée par l'OMS, en 2002, adoptée dans le PAM 2010-2015, ses formes — violence et négligence, et ses types — psychologique, physique, sexuel, organisationnel, matériel ou financier, violation des droits et âgisme, à l'aide d'exemples de comportements ou d'attitudes, l'énumération d'indices et l'énonciation de précautions pour prévenir les interventions inappropriées, ainsi que l'intention de la personne maltraitante. Le but de ce travail était, entre autres, celui de faciliter le dialogue entre les acteurs — aînés, intervenants, chercheurs, planificateurs de politiques publiques, par l'utilisation d'un même langage, et que la terminologie représente l'évolution des pratiques et des connaissances depuis la mise en

---

<sup>17</sup> Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec (Comité sur la terminologie). (2016). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. Montréal/Sherbrooke/Québec.

œuvre du premier PAM, en 2010 (Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, 2017). Les résultats de ce travail, ou ces nouvelles connaissances terminologiques, ont été adoptés et diffusés dans le *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (Gouvernement du Québec, 2016). Les contenus des encadrés présentés dans les pages qui suivent en sont une adaptation (tableau 7). Cette terminologie a aussi été adoptée dans le tout nouveau PAM 2017-2022 — ce qui traduit un gain fort important puisque l’on parle maintenant ouvertement de la maltraitance « organisationnelle » (systémique ou institutionnelle).

Dans cette étude, nous mettons à l’épreuve ce « nouveau cadre conceptuel » — ces nouvelles connaissances terminologiques, qui ont émergé d’un travail réflexif entre des experts des domaines de la recherche, de la pratique et de la coordination en matière de lutte contre la maltraitance, en l’utilisant pour repérer classer et analyser les situations problématiques commises envers les aînés portées à la connaissance des CU. Nous avons fait le choix d’utiliser ce « nouveau cadre conceptuel », parce qu’il nous est apparu comme le cadre le plus complet – le plus complet pour nous aider à comprendre en quoi les situations problématiques commises envers les aînés portées à l’attention des CU constituent de la maltraitance. De plus, provenant du Québec, il est socialement adapté au contexte de notre recherche.

Tableau 7 : Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées

## Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées

---

### Définition de la maltraitance envers les personnes âgées

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. »

(Traduction libre de OMS, 2002, dans MFA, 2010. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, p. 17)

### FORMES DE MALTRAITANCE (manifestations)

**Violence** : Malmener une personne âgée ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force et/ou l'intimidation\*.

**Négligence** : Ne pas se soucier de la personne âgée, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins.

### L'intention de la personne maltraitante

**Maltraitance intentionnelle** : La personne maltraitante veut causer du tort à la personne âgée.

**Maltraitance non intentionnelle** : La personne maltraitante ne veut pas causer du tort ou ne comprend pas le tort qu'elle cause.

**Attention** : Il faut toujours évaluer les indices et la situation pour ne pas tirer de conclusions hâtives ou attribuer des étiquettes.

### TYPES DE MALTRAITANCE (catégories)

---

#### Maltraitance psychologique

Gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique.

**Violence** : Chantage affectif, manipulation, humiliation, insultes, infantilisation, dénigrement, menaces verbales et non-verbales, privation de pouvoir, surveillance exagérée des activités, etc.

**Négligence** : Rejet, indifférence, isolement social, etc.

**Indices** : Peur, anxiété, dépression, repli sur soi, hésitation à parler ouvertement, méfiance, interaction craintive avec une ou plusieurs personnes, idéations suicidaires, déclin rapide des capacités cognitives, suicide, etc.

**Attention** : La maltraitance psychologique est sans doute la plus fréquente et la moins visible :

- Accompagne souvent les autres types de maltraitance.
  - Peut avoir des conséquences tout aussi importantes que les autres types de maltraitance.
-

---

### Maltraitance physique

Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique.

**Violence :** Bousculade, rudolement, coup, brûlure, alimentation forcée, administration inadéquate de la médication, utilisation inappropriée de contentions (physiques ou chimiques), etc.

**Négligence :** Privation des conditions raisonnables de confort ou de sécurité; non-assistance à l'alimentation, l'habillement, l'hygiène ou la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance, etc.

**Indices :** Ecchymoses, blessures, perte de poids, détérioration de l'état de santé, manque d'hygiène, attente induite pour le changement de culotte d'aisance, affections cutanées, insalubrité de l'environnement de vie, atrophie, contention, mort précoce ou suspecte, etc.

**Attention :** Les indices de maltraitance physique peuvent être liés à des symptômes découlant de certaines conditions de santé. Il est donc préférable de demander une évaluation médicale.

---

### Maltraitance sexuelle

Gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle.

**Violence :** Propos ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, promiscuité, comportements exhibitionnistes, agressions à caractère sexuel (attouchements non désirés, relation sexuelle imposée), etc.

**Négligence :** Privation d'intimité, non-reconnaissance ou déni de la sexualité et de l'orientation sexuelle, etc.

**Indices :** Infections, plaies génitales, plaies anales, angoisse au moment des examens ou des soins, méfiance, repli sur soi, dépression, désinhibition sexuelle, discours subitement très sexualisé, déni de la vie sexuelle des aînés, etc.

**Attention :** L'agression à caractère sexuel est avant tout un acte de domination. Les troubles cognitifs peuvent entraîner une désinhibition se traduisant par des gestes sexuels inadéquats. Ne pas reconnaître la sexualité des aînés nuit au repérage et au signalement de la maltraitance sexuelle. L'attirance sexuelle pathologique envers les personnes âgées (gérontophilie) doit aussi être repérée.

---

### Maltraitance matérielle ou financière

Obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale.

**Violence :** Pression à modifier un testament, transaction bancaire sans consentement (utilisation d'une carte bancaire, d'internet, etc.), détournement de fonds ou de biens, prix excessif demandé pour des services rendus, usurpation d'identité, etc.

**Négligence :** Ne pas gérer les biens dans l'intérêt de la personne ou ne pas fournir les biens nécessaires lorsqu'on en a la responsabilité; ne pas s'interroger sur l'aptitude d'une personne, sa compréhension ou sa littératie financière, etc.

**Indices :** Transactions bancaires inhabituelles, disparition d'objets de valeur, manque d'argent pour les dépenses courantes, accès limité à l'information sur la gestion des biens de la personne, etc.

**Attention :** Les aînés qui présentent une forme de dépendance envers quelqu'un (p. ex. physique, émotive, sociale ou d'affaires) sont plus à risque de subir ce type de maltraitance. Au-delà de l'aspect financier ou matériel, ce type de maltraitance peut affecter la santé physique ou psychologique de l'aîné en influençant sa capacité à assumer ses responsabilités ou à combler ses besoins.

---

### Violation des droits

Toute atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux.

**Violence** : Imposition d'un traitement médical, déni du droit de choisir, de voter, d'avoir son intimité, de prendre des risques, de recevoir des appels téléphoniques ou de la visite, de pratiquer sa religion, de vivre son orientation sexuelle, etc.

**Négligence** : Non-information ou mésinformation sur ses droits, ne pas porter assistance dans l'exercice de ses droits, non-reconnaissance de ses capacités, etc.

**Indices** : Entrave à la participation de la personne aînée dans les choix et les décisions qui la concernent, non-respect des décisions prises par l'aîné, réponses données par un proche à des questions qui s'adressent à l'aîné, restriction des visites ou d'accès à l'information, isolement, plaintes, etc.

**Attention** : Il y a des enjeux de violation des droits dans tous les types de maltraitance. Toute personne conserve pleinement ses droits, quel que soit son âge. Seul un juge peut déclarer une personne inapte et nommer un représentant légal. La personne inapte conserve tout de même des droits, qu'elle peut exercer dans la mesure de ses capacités.

---

### Maltraitance organisationnelle

Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes.

**Violence** : Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits des personnes (ex. : services offerts de façon brusque), etc.

**Négligence** : Offre de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé, etc.

**Indices** : Réduction de la personne à un numéro, prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, attente indue pour recevoir un service, détérioration de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.), plaintes, etc.

**Attention** : Nous devons demeurer attentifs face aux lacunes des organisations qui peuvent brimer les droits des personnes qui reçoivent des soins ou des services ou entraîner des conditions qui nuisent au travail du personnel chargé de prodiguer ces soins ou ces services.

---

### Âgisme

Discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale.

**Violence** : Imposition de restrictions ou normes sociales en raison de l'âge, réduction de l'accessibilité à certaines ressources, préjugés, infantilisation, mépris, etc.

**Négligence** : Indifférence envers les pratiques ou les propos âgistes lorsque nous en sommes témoins, etc.

**Indices** : Non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances, « ma petite madame », etc.

**Attention** : Nous sommes tous influencés, à divers degrés, par les stéréotypes négatifs et les discours qui sont véhiculés au sujet des personnes aînées. Ces «prêt-à-penser» fournissent des raccourcis erronés à propos de diverses réalités sociales, qui peuvent mener à des comportements maltraitants.

---

\* « Il y a intimidation quand un geste ou une absence de geste (ou d'action) à caractère singulier ou répétitif et généralement délibéré, se produit de façon directe ou indirecte dans un rapport de force, de pouvoir ou de contrôle entre individus, et que cela est fait dans l'intention de nuire ou de faire du mal à une ou à plusieurs personnes âgées. » (Beaulieu, Bédard et Leboeuf, 2016).

Fruit d'un travail collaboratif, cette terminologie témoigne de l'évolution des pratiques et de la recherche au Québec en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées. Elle sera ajustée afin de rendre compte du renouvellement des savoirs cliniques et scientifiques.

© Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec, 2016.

(Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec, 2016, dans Gouvernement du Québec, 2016, p. 14-16, adapté pour la thèse)



*Objectif 2 : Documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action.*

*Objectif 3 : Établir la portée et les limites des actions des CU et recommander des actions pour les améliorer.*

Pour atteindre les objectifs 2 et 3 de la recherche, **dans un premier temps**, nous faisons usage d'**un cadre théorique sur les relations de pouvoirs**.

Plus précisément, pour approfondir les rapports (ou les relations) qu'entretiennent les membres des CU avec les directions des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité, pour défendre les droits des usagers et traiter les situations de maltraitance, nous appliquons la « démarche stratégique » de Crozier et Friedberg (1977). Cette « démarche stratégique » est une théorie, qui permet d'identifier, d'interpréter et de comprendre, dans un contexte organisationnel donné, les relations de pouvoir qui se créent entre les acteurs en fonction de leurs stratégies et des zones d'incertitudes qui leur offrent des marges de manœuvre et des possibilités de régulation. Les « acteurs » étant ici les membres des CU.

Selon Crozier et Friedberg (1977), les relations de pouvoir, d'influence, de marchandage et de calcul — des relations conflictuelles, sont omniprésentes dans les organisations, comme dans les ESSS. Elles sont un moyen, pour de nombreux acteurs, de se manifester et de « peser » sur le système ou les autres acteurs. Même dans les situations extrêmes (ex. les situations de dépendance, les situations contraignantes), l'acteur garde toujours un minimum de liberté, dans laquelle il est capable de s'adapter aux circonstances, de jouer sur elles ou de les utiliser. Les comportements humains sont ainsi l'expression et la mise en œuvre d'une liberté; il s'agit d'un choix par lequel un acteur s'empare des opportunités qui s'offrent à lui, à l'intérieur des contraintes qui sont les siennes

(l'organisation, par exemple, est un ensemble de mécanismes qui restreint les possibilités de négociation des acteurs).

La démarche de Crozier et Friedberg (1977) vise à découvrir les conditions humaines, matérielles et structurelles du contexte qui limitent et définissent la liberté de l'acteur et sa rationalité et, partant, le sens des comportements observables empiriquement. Cette démarche peut se définir autour du concept de stratégie. Pour le comprendre, il est nécessaire de partir des observations suivantes : 1) un acteur n'a que peu souvent des objectifs clairs et des projets cohérents : ceux-ci sont multiples, plus ou moins ambigus, explicites ou contradictoires. En cours d'action, l'acteur en changera, en rejettera certains, en découvrira d'autres, entre autres, du fait des conséquences imprévues et imprévisibles de son action, « qui l'obligent à “reconsidérer sa position” et “à réajuster son tir” : ce qui est “moyen” à un moment sera donc “fin” à un autre, et vice versa » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 55). Il est donc faux et illusoire de considérer le comportement d'un acteur comme toujours réfléchi, en fonction d'objectifs fixés au départ; 2) le comportement de l'acteur est *actif*. S'il est toujours limité et contraint, il n'est jamais déterminé directement — même la passivité est toujours le résultat d'un choix; 3) le comportement de l'acteur a toujours un sens; même si on ne peut pas le rapporter à des objectifs clairs, cela ne signifie pas qu'il ne soit pas rationnel. Au lieu de l'être par rapport à des objectifs, il est rationnel « d'une part, par rapport à des opportunités et à travers ces opportunités au contexte qui les définit et, d'autre part, par rapport aux comportements des autres acteurs, au parti que ceux-ci prennent et au jeu qui s'est établi entre eux » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 56); et 4) le comportement de l'acteur a toujours deux aspects : un aspect offensif, qui renvoie à la saisie

d'opportunités dans le but d'améliorer sa situation; et un aspect défensif, qui vise le maintien et l'élargissement de sa capacité d'agir — de sa marge de liberté. Selon les auteurs, l'utilité du concept de stratégie est qu'il s'applique aux comportements qui semblent les plus rationnels et à ceux en apparence erratique. La stratégie est le fondement des régularités des comportements observés de façon empirique. Elle n'est pas synonyme de volonté et elle n'est pas toujours consciente.

Le comportement de l'acteur ne peut se comprendre en dehors du contexte dans lequel s'inscrit sa rationalité. La réflexion en termes de stratégie demande de chercher dans le contexte organisationnel la rationalité de l'acteur et de comprendre le construit organisationnel dans le vécu des acteurs. Un second concept est alors nécessaire, soit celui de pouvoir. Le pouvoir est le fondement de l'ensemble des relations. Il est la possibilité pour certains groupes ou individus d'agir sur d'autres groupes ou individus. Agir sur l'autre ou les autres, c'est entrer en relation avec lui ou eux; et c'est dans cette relation que se développe le pouvoir d'un individu sur un autre, ou sur plusieurs autres. Il se manifeste et il devient contraignant dans une relation où deux ou plusieurs acteurs dépendent les uns des autres pour l'accomplissement d'un objectif commun, qui conditionne leurs propres objectifs. Le pouvoir est donc une relation réciproque d'échange, de négociation, dans laquelle les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence. Les auteurs paraphrasent la définition de Dahl, lorsqu'ils mentionnent : « on pourrait dire que le pouvoir de A sur B correspond à la capacité de A d'obtenir que dans sa négociation avec B les termes de l'échange lui soit favorables » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 69). Le pouvoir se trouve dans la marge de liberté de chacun des acteurs engagés dans une relation de pouvoir, soit dans sa possibilité de

refuser, par exemple, ce que l'autre lui demande. Les ressources que possèdent les acteurs, tels l'autorité, le prestige, la richesse et la force, n'interviennent que dans la mesure où elles leur fournissent une liberté ou une capacité d'action plus grande.

Pour analyser une relation de pouvoir, il importe de répondre à deux questions. La première est : quelles sont les ressources — individuelles, culturelles, économiques, sociales, dont dispose chaque acteur, c'est-à-dire les atouts qui leur permettent de maintenir ou d'élargir leur marge de liberté dans une situation donnée? L'inventaire de ces ressources ou de ces atouts permet notamment d'analyser les inégalités entre les acteurs (ex. leur position respective).

La deuxième question est la suivante : quels sont les critères qui définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère mobilisable, autrement dit, quel est l'enjeu de la relation et quelles sont les contraintes structurelles ou organisationnelles dans lesquelles elle s'inscrit? Pour répondre à cette deuxième question, il importe de jeter un regard sur les contraintes structurelles ou organisationnelles qui s'imposent à tous les acteurs engagés dans une relation de pouvoir donnée (ex. la survie de l'organisation). En effet, les caractéristiques structurelles ou organisationnelles délimitent et structurent le champ d'exercices des relations de pouvoir entre les acteurs, et par le fait même, définissent les conditions dans lesquelles ceux-ci peuvent négocier les uns avec les autres. Les structures et les règles, qui gouvernent le fonctionnement officiel d'une organisation, déterminent aussi les lieux où les relations de pouvoir peuvent se développer. Par exemple, en mettant sur pied des procédés qui sont plus ou moins faciles à maîtriser, elles vont créer et circonscrire « des zones d'incertitudes organisationnelles » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 78) que les groupes ou les individus vont tenter de contrôler pour les

utiliser afin de poursuivre leurs propres stratégies, et autour desquelles vont se créer des relations de pouvoir (toutes les zones d'incertitudes organisationnelles ne sont pas des enjeux pour tous les acteurs d'une organisation). Plus la zone d'incertitude contrôlée par un groupe ou un individu est déterminante pour la réussite de l'organisation, plus celui-ci disposera de pouvoir. L'organisation régularise le déroulement des relations de pouvoir. Par sa réglementation interne et son organigramme, elle contraint la liberté d'action des groupes et des individus et conditionne ainsi le contenu et l'orientation de leurs stratégies; ce qui réintroduit une certaine prévisibilité dans le comportement des acteurs, et ceci de deux façons. Premièrement, l'organisation détermine les atouts que chacun d'eux peut utiliser dans les relations de pouvoir (ce qui affecte la capacité de jouer des acteurs), et deuxièmement, elle fixe les enjeux (ce que chacun peut espérer gagner ou perdre en engageant ses ressources dans une relation de pouvoir), qui conditionnent la volonté des acteurs de réellement se servir de ces atouts dans la poursuite de leurs stratégies. L'organisation établit également les canaux de communication entre les acteurs, et par le fait même, définit leurs possibilités d'accès aux informations dont ils ont besoin dans leurs stratégies respectives. Enfin, l'organisation assortit certains acteurs d'une autorité légitime sur d'autres (ex. des pouvoirs de sanction ou de récompense), en mettant aux mains de certains des atouts propres qui peuvent leur donner un poids plus grand dans les négociations.

Or, quatre grandes sources de pouvoir semblent correspondre aux divers types de sources d'incertitude dans une organisation.

Premièrement, il y a la source de pouvoir qui découle de *l'existence de règles structurelles ou organisationnelles*. En principe, les règles sont destinées à éliminer les

sources d'incertitude. Le paradoxe, toutefois, est que non seulement elles n'arrivent pas à les supprimer complètement, mais encore, elles en créent d'autres qui peuvent instantanément être mises à profit par ceux-là mêmes qu'elles cherchent à contraindre, et dont elles sont supposées régulariser les comportements. Les marchandages et les négociations qui ont lieu autour de l'application de la règle en sont un bon exemple. Généralement, la règle est un moyen, pour la direction, d'obtenir un comportement « conforme » de la part ses subordonnés. Elle réduit notamment leur marge de liberté en prescrivant précisément ce que ceux-ci doivent faire. À l'inverse, toutefois, si la règle restreint la liberté des subordonnés, elle en fait de même pour la marge d'arbitraire de la direction. Celle-ci ne peut effectivement plus exercer son pouvoir de sanction, que dans des circonstances bien précises. La règle devient alors un moyen de protection pour les subordonnés, qui peuvent s'y réfugier contre l'arbitraire de leur direction. Si les subordonnés savent appliquer la règle, la direction sera démunie à leur égard. Elle n'aura aucun moyen, par exemple, d'obtenir de ses subordonnés qu'ils en fassent plus que ce que demande la règle (ex. pour la bonne marche d'un service). Pour contrer cette situation, la direction a souvent plusieurs règles à sa disposition. Elle peut donc simplement tolérer que ses subordonnés dérogent à certaines d'entre elles, et dès lors, disposer d'un moyen de chantage. En faisant peser sur eux la menace de suspendre sa tolérance (ex. en recommençant à appliquer strictement toutes les règles), elle peut les inciter à faire un effort particulier là où cela lui semble nécessaire. Le pouvoir de la direction peut alors se comprendre comme étant celui de créer des règles, entre lesquelles elle peut jouer, pour obtenir de ses subordonnés les comportements souhaitables.

Deuxièmement, il y a celle qui apparaît dans *la maîtrise des informations et de la communication*. L'organisation crée en effet du pouvoir par la façon même dont elle organise la communication et les flux d'information entre ses membres et entre ses unités. Pour remplir convenablement la fonction ou la tâche assignée à son poste, par exemple, un individu aura besoin d'informations provenant d'autres individus à d'autres postes. Si, pour diverses raisons, il ne peut pas se passer de leur concours ou les court-circuiter, ces autres individus disposeront d'un pouvoir sur cette personne, de par la simple place qu'ils occupent dans le réseau de communication donné. La façon dont ils vont lui transmettre les informations pourra affecter profondément sa capacité d'action. Si, par exemple, les individus lui transmettent des informations de façon plus ou moins « filtrée », avec plus ou moins de retard, ou tout simplement ne lui transmettent pas toutes les données dont ils disposent, le destinataire pourrait être incapable de percevoir la véritable signification de ces informations, et être, en quelque sorte, « paralysé ». Ce dernier pourra toutefois parer à cette situation, si, à son tour, il possède des informations qui affectent la capacité de jouer de ses correspondants. Or, un processus de négociation, de chantage, de contre-chantage et de marchandage pourra se développer, également, autour de la maîtrise et de la transmission de ces informations. Dans une organisation, l'autorité directoriale peut aussi utiliser à son profit des circuits d'informations, dont ceux nécessaires à la coopération.

Troisièmement, il y a celle qui découle de la *maîtrise d'une compétence particulière* (d'une « expertise ») ou d'une *spécialisation fonctionnelle*. « L'expert » est effectivement la seule personne qui dispose du savoir-faire, des connaissances et de l'expérience du contexte, qui lui permettent de résoudre certains problèmes importants

pour l'organisation. Il se trouve alors en « bonne » position, ou en « meilleure » position, dans la négociation avec ses collègues ou avec l'organisation. Lorsque la bonne marche d'un secteur, d'une activité ou d'une fonction cruciale pour l'organisation dépend de son intervention, il peut la négocier contre des privilèges ou des avantages. Une telle « expertise » est cependant limitée, car peu de personnes sont rarement les seules à être capables de résoudre un problème dans une organisation. Il y a toutefois énormément de personnes qui ont un « monopole de fait », parce qu'il est trop coûteux ou trop difficile de les remplacer, car elles ont réussi, par une organisation de groupe en général, à rendre ou à maintenir les connaissances et expériences particulières qu'elles possèdent inaccessibles ou « ésotériques » (hermétiques). Dans une organisation, à la limite, toute personne possède un minimum « d'expertise » dont elle peut se servir pour négocier. Il lui suffit de tirer parti de la difficulté qu'on éprouverait à la remplacer (ex. coût de la recherche).

Quatrièmement, il y a la source de pouvoir liée *aux relations entre une organisation et son environnement*. Pour exister, une organisation doit établir des relations avec son (ou ses) environnement externe (extérieur à l'établissement). Elle en dépend, d'une part, pour obtenir les ressources humaines et matérielles nécessaires à son fonctionnement (ex. personnel, fournitures), et d'autre part, pour « vendre » ou placer son produit, qu'il s'agisse d'une prestation ou d'un bien matériel. Cet environnement, c'est-à-dire les segments de la société avec lesquels l'organisation est en relation, constitue pour elle, nécessairement et toujours, une source potentielle de perturbation de son fonctionnement interne; une zone d'incertitude. Et les groupes et les individus qui, par leurs multiples appartenances ou leur capital de relations dans tel ou tel segment de l'environnement,



seront capables de maîtriser en tout ou en partie cette zone d'incertitude, de la « domestiquer » au profit de l'organisation, auront naturellement un pouvoir considérable au sein de celle-ci. Un acteur, effectivement, « qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres (...) peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires » (p. 85-86). Il peut s'agir, par exemple, d'un employé, responsable syndical, dont le comportement peut s'avérer déterminant dans le déclenchement d'une grève.

La démarche stratégique de Crozier et Friedberg (1977), en résumé, montre qu'une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais entièrement un acteur, qui garde toujours une marge de négociation, une marge de liberté. Grâce à cette marge, qui signifie une source d'incertitude pour les autres acteurs et pour l'organisation, chacun des acteurs dispose de pouvoir sur les autres (le pouvoir sera d'autant plus grand, si la source d'incertitude qu'il contrôle est cruciale et pertinente pour ceux-ci, c'est-à-dire les affecte dans leurs propres capacités de poursuivre leurs stratégies). Le comportement de l'acteur peut et doit s'analyser comme la mise en œuvre d'une stratégie rationnelle visant à utiliser son pouvoir pour, au mieux, augmenter ses gains, dans sa participation à l'organisation. En d'autres mots, l'acteur tentera à tout moment « de mettre à profit sa marge de liberté pour négocier sa “participation”, en s'efforçant de “manipuler” [les autres acteurs] et l'organisation dans son ensemble de telle sorte que cette “participation” soit “payante” pour lui » (p. 91). La mise en œuvre de ces stratégies comportera toujours deux aspects complémentaires et contradictoires. Chaque acteur tentera simultanément de contraindre les autres acteurs de l'organisation pour satisfaire

ses propres exigences (stratégie offensive) et d'échapper à leur contrainte (aux attentes, aux pressions) par la protection de sa propre marge de liberté, de manœuvre, de négociation (stratégie défensive). L'importance de ces deux orientations stratégiques variera dans l'espace et le temps en fonction de la situation et des atouts de chaque acteur. Dans toute stratégie d'action, elles coexisteront. Leur mise en œuvre sera associée aux nombreuses relations de pouvoir et de marchandage qui lient les différents acteurs entre eux. En outre, l'intégration et la cohésion d'une organisation sont continuellement menacées par l'action motivée de ses membres qui, dans la poursuite de leurs propres stratégies, cherchent à protéger, voire à élargir leur propre zone de liberté en réduisant leur indépendance à l'égard des autres (ils veulent limiter et restreindre l'interdépendance qui les lie aux autres parties en présence, ils veulent une certaine autonomie).

Nous analyserons les rapports (ou les relations) de pouvoir et les logiques d'action (stratégies) des acteurs, dans ce que font les CU pour défendre les droits des usagers, à travers leurs actions pour porter à l'attention de l'établissement les situations problématiques. Nous analyserons ses relations de pouvoir en identifiant : les acteurs qui ont une influence dans l'évolution des rapports de pouvoir et la nature de la relation; la situation et le contexte environnant, soit les caractéristiques du milieu et la manière dont elles influencent le déroulement des rapports de pouvoir; les enjeux valorisés et les objectifs de chaque acteur; et les améliorations à apporter aux actions des CU pour contrer les rapports de pouvoir ou exercer du pouvoir.

Les écrits scientifiques et ministériels ont mis en évidence l'importance pour les comités (CU et CR) de jouir d'une certaine autonomie pour remplir leurs fonctions, et que cela

s'accompagne, entre autres, d'une relation basée sur de la confiance avec les directions des établissements et les autres intervenants (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013; Pomey et al., 2009; MSSS, 2006a). Il est alors essentiel, dans cette étude, de documenter l'autonomie des CU dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés, en exposant la place qui leur est donnée en réalité pour défendre les droits des usagers dans les établissements et leur possibilité d'agir concrètement, de façon autonome, dans cette défense. Il s'agit en fait d'aller voir : leur possibilité réelle de « formuler des critiques ou [de] faire valoir des points de vue différents » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 6) dans l'organisation, leur capacité « à faire prendre en considération des aspects de la réalité habituellement ignorés ou négligés (...), de forcer des changements, [et de voir si la présence des CU et leurs] actions font une différence dans » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 7) les milieux.

Pour ce faire, **dans un deuxième temps**, nous identifierons l'influence des rapports (ou des relations) de pouvoirs dans l'autonomie des CU (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013), en documentant leur capacité à : 1) faire entendre la voix des usagers et de leurs familles auprès des dirigeants des établissements ou des personnes responsables des droits et de la qualité, à savoir s'ils ont peur des représailles et si les dirigeants contrôlent leurs sujets de discussion; 2) questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle, soit s'ils obtiennent l'information nécessaire de la part des dirigeants pour comprendre l'entière du problème à corriger; 3) se faire entendre, de faire voire l'importance de leurs dires et de faire changer le regard de ces acteurs, sur les situations portées à leur attention, soit s'ils sont capables de leur faire voir d'autres facettes des réalités vécues dans les CSSS

et de ces problèmes, que celles qu'ils ont déjà et; 4) influencer le cours des choses, soit si leurs demandes sont satisfaites par l'établissement. Nous considérons la documentation de l'influence des rapports (ou des relations) de pouvoirs dans l'autonomie des CU comme étant un complément à la démarche stratégique de Crozier et Friedberg (1977). En effet, cela permettra de documenter l'autonomie des CU (ex. leur capacité à influencer le cours des choses), mais aussi de comprendre comment les membres s'y prennent pour forcer un changement, c'est-à-dire les stratégies qu'ils mettent en place pour y parvenir — pour exercer du pouvoir. Cela permettra également de mettre en lumière les sources de pouvoir auxquelles les CU ont accès, et celles qu'ils mobilisent pour bien faire.

Les différentes appréciations de l'autonomie des CU, par leurs membres, peuvent faire varier leurs motivations, jouer sur la continuité de leur engagement et affecter leur capacité à trouver du sens dans leur participation à un CU (Bédard et Beaulieu, 2015). Si l'organisation et le CU ne permettent pas aux bénévoles de se réaliser ou d'actualiser leurs potentialités, par exemple s'ils ont le sentiment que leurs compétences ne sont pas adéquatement mises à profit (Bénévoles Canada et al., 2010), ils vont possiblement se démotiver et délaisser cette forme d'engagement (Bédard et Beaulieu, 2015).

### **3.3 Questions de recherche**

À la lumière de tout ce qui précède, les questions de la recherche, par objectif, sont les suivantes :

Objectif 1 : Faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés qui sont portées à l'attention des CU.

- Quelles sont les situations de maltraitance portées à l'attention des CU? Quels sont les mots employés par les CU pour décrire ces situations?
- Quel est le nombre de situations de maltraitance portées à l'attention des CU durant l'année étudiée (d'avril 2014 à avril 2015) et les endroits où elles se sont produites?
- Quelles sont les causes ou les sources des situations de maltraitance?
- Quelles sont les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes?

Objectif 2 : Documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action.

- Que font les CU pour défendre les droits des usagers :
  - pour recevoir et évaluer les demandes faites par les usagers concernant le non-respect de leurs droits?
  - pour détecter les situations de maltraitance?
  - pour se pencher sur la maltraitance subie par les usagers sans voix, isolés, sans visite?
  - pour informer les usagers sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction?
  - pour porter à l'attention de l'établissement les situations qu'ils jugent inacceptables ou qui vont à l'encontre des droits des usagers?

- pour demander l'aide de professionnels dans des dossiers complexes ou soulevant des questions éthiques? Quelle est la réponse reçue?
- pour analyser, à partir d'une plainte reçue, si le problème est d'ordre individuel ou peut affecter un groupe d'utilisateurs?
- Comment s'organisent les CU dans la défense des droits des utilisateurs?

Objectif 3 : Poser la portée et les limites des actions des CU et recommander des actions pour les améliorer.

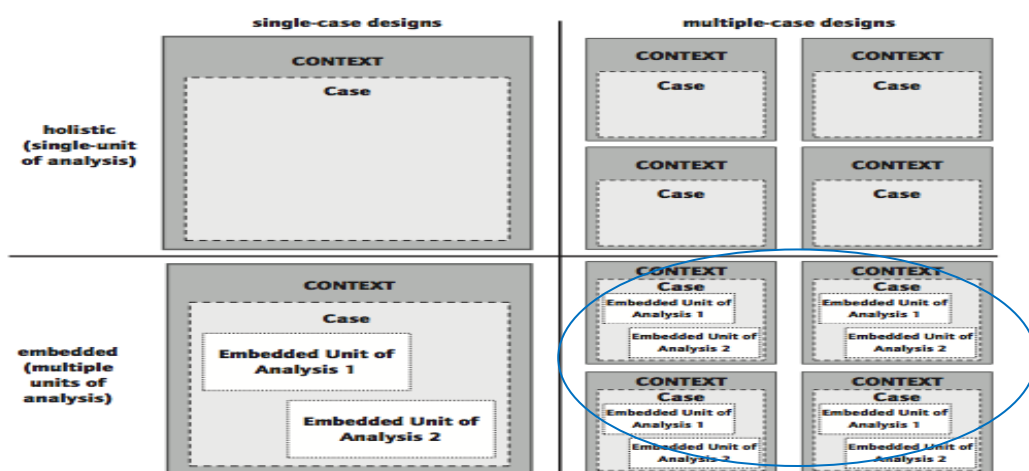
- Quels sont les effets des actions des CU en matière de défense des droits des utilisateurs?
- Quelles sont les limites des actions des CU dans la défense des droits des utilisateurs?
- Quelles sont les améliorations nécessaires à apporter aux actions des CU pour défendre les droits des utilisateurs?

En annexe 1 de la thèse, nous présentons, de façon détaillée, les questions de la recherche.

## 4. Méthodologie de la recherche

### 4.1 Dispositif et stratégie de recherche

Pour décrire et comprendre le traitement des situations de maltraitance envers les aînés par les CU, nous avons utilisé le dispositif de recherche nommé *l'étude de cas multiples intégrée (embedded)*, de Yin (2003)<sup>18</sup>, puisqu'il permettait de documenter plusieurs unités d'analyse — chacun de nos objectifs et chacune de nos questions de recherche, dans trois cas (n = 3 CU). Dans notre étude, chacun de ces cas est représenté par les membres qui composent chacun des trois CU, les personnes qui portent à leur attention les situations problématiques — usagers, familles, dirigeants d'établissements, personnes responsables des droits et de la qualité, intervenants ou professionnels participant aux rencontres des CU, ainsi que les ressources matérielles utilisées par les comités durant l'année étudiée. La figure 1 montre le design de ce type d'étude de cas.



**Figure 2.4** Basic Types of Designs for Case Studies  
SOURCE: COSMOS Corporation.

Figure 1. Design des différentes études de cas (Yin, 2003, p. 40)

<sup>18</sup> Même s'il existe une version plus récente de cet ouvrage, celle de 2003 fut utilisée du fait de sa description claire de l'élaboration des différents types d'études de cas. À notre avis, cette version est la plus complète.

La réalisation d'une étude de cas multiples réfère « as one would consider multiple experiments – that is, to follow a replication logic » (Yin, 2003, p. 47). Cette logique de reproduction ou de répétition (*replication logic*), demande de choisir soigneusement chacun des cas, qui dans le cadre de notre étude, ne devaient pas nécessairement permettre de produire des résultats similaires, mais dans lesquels nous pouvions utiliser la même reproduction ou répétition théorique (*theoretical replication*), soit nos objectifs et nos questions de recherche. Nous avons suivi la stratégie proposée par Yin (2003), c'est-à-dire que chacun des trois cas a fait l'objet d'une étude de cas individuelle, qui permettait de décrire, en profondeur, chacun des cas dans leur contexte respectif, pour répondre à chacune de nos questions de recherche. Les conclusions de ces études de cas individuelles ont ensuite été mises en commun pour réaliser un rapport de comparaison intercas (*cross-case report*). Ces analyses de contenu en comparaison intercas ont permis de mettre en perspective en quoi ces cas étaient similaires et en quoi ils se distinguaient, pour chacune des questions de recherche et d'en expliquer les raisons. Le logiciel NVivo 10 a été utilisé pour l'analyse des données.

## **4.2 Échantillonnage**

Notre étude de cas multiples comporte un échantillonnage raisonné ( $n = 3$  cas), puisque nous voulions une certaine variabilité; les trois CU que nous avons identifiés œuvraient dans trois CSSS de taille différente, calculée selon le nombre d'employés qui y travaillent (CU 1 : environ 4800 employés; CU 2 : environ 3 700 employés; CU 3 : environ 2250 employés), et se situaient dans trois territoires de CSSS distincts. Ces trois territoires de CSSS se trouvaient à proximité de notre lieu de résidence, en raison du budget (bourse du Fonds de recherche du Québec, Société et Culture, et bourses de la



Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées) et du temps disponibles (fin des versements de la bourse du Fonds de recherche du Québec, Société et Culture à l'été 2015, et à l'automne 2016, pour les bourses de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées) pour réaliser cette recherche.

Pour obtenir leur accord de participation à l'étude, nous avons, dans un premier temps, pris contact avec les trois présidents des CU, par téléphone, pour leur expliquer brièvement notre projet de recherche — le but, les objectifs, les attentes (le protocole de prise de contact est présenté à l'annexe 2 de cette thèse). Nous avons ensuite déterminé une date, pour rencontrer, dans un deuxième temps, en personne, les membres des CU, pour leur présenter dans le détail le projet d'étude, et obtenir leur accord de participation — ces étapes se sont déroulées aux mois de février et mars 2014<sup>19</sup>.

### **4.3 Méthodes et instruments de collecte des données**

#### ***4.3.1 L'observation directe***

Nous avons observé toutes les rencontres des trois CU (séparément), sur le lieu même où elles ont eu lieu. Lors de la première rencontre avec les comités, visant à leur présenter le projet de recherche et obtenir leur accord de participation à cette étude, nous nous sommes ajustés à leurs calendriers de rencontres et nous avons convenu d'observer toutes celles qui se dérouleraient du mois d'avril 2014 à avril 2015. Pour le CU 1, nous avons réalisé 38 h 15 d'observation des rencontres du comité — pour neuf rencontres observées, pour le CU 2, 12 heures — pour quatre rencontres observées, et pour le CU 3,

---

<sup>19</sup> Pour que le président du CU 3 accepte que nous rencontrions l'ensemble du CU, pour leur parler de notre étude, nous avons dû demander au RPCU de lui envoyer un « mot », précisant que le regroupement entérinait ce projet de recherche. Pour les deux autres CU (1 et 2), ils ont tout de suite accepté de nous rencontrer lors du premier appel.

44 heures d'observation — pour neuf rencontres observées. La différence, dans ces temps d'observation, s'explique par le nombre de rencontres annuelles que tiennent les comités, et leur durée. Au total, 94 heures 15 d'observations des rencontres des CU ont été réalisées ( $n = 94 \text{ h } 15$ ), pour un total de 22 rencontres observées. Ces rencontres ont pris différentes formes, comme des assemblées générales annuelles, des rencontres avec des intervenants ou des directions d'établissements ou des personnes responsables des droits et de la qualité. Les observations de ces rencontres ont permis de documenter le contenu des échanges, entre les membres des comités, mais aussi entre les comités et leurs invités, soit « les questions soulevées, les réponses données, les remarques formulées » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 7). Nous avons écouté les conversations des acteurs et les avons questionnés brièvement pour cerner le sens donné à leurs actions. Ces observations ont aussi permis de documenter les actions des CU dans la défense des droits des usagers, leurs attitudes et leurs comportements (Yin, 2003). La grille d'observation (présentée à l'annexe 3 de cette thèse), a permis de relever les faits pertinents qui se rapportaient à nos objectifs et nos questions de recherche. Dans celle-ci, nous notions tout, puisque nous ne savions pas à l'avance ce qui se révélerait significatif (Yin, 2003). À la suite des séances d'observation, nous rédigeons un compte rendu descriptif de la rencontre (exposé à l'annexe 4 de cette thèse), qui pouvait contenir des notes descriptives, analytiques, théoriques et de planification. Ces comptes rendus portaient en entête la date, le lieu, la nature de la rencontre, la durée de l'observation et les acteurs présents (déonominalisée) (Yin, 2003). Ils ont été rédigés dès notre retour à notre domicile. Nous avons aussi tenu un journal de bord du chercheur, qui contenait nos réflexions personnelles sur le déroulement quotidien de la recherche, afin de prendre conscience de nos sentiments et de nos biais (Laperrière, 2009). Les CU et leurs invités

connaissaient notre identité de chercheur et étaient au fait de la recherche. Nous avons fait preuve de discrétion, lors de ces rencontres d'observation, et nous avons assuré le respect de la confidentialité des données.

#### ***4.3.2 Les entrevues semi-structurées centrées***

Nous avons réalisé une entrevue individuelle semi-structurée centrée auprès de chacun des trois présidents des CU (n = 3 entrevues). La coordonnatrice du CU 1 a aussi participé à l'entrevue réalisée avec la présidente (entrevue à deux personnes), puisque cette dernière était nouvellement en fonction. Cette méthode permet d'élaborer les thèmes devant être abordés dans l'entrevue à l'avance, ce qui en encadre le contenu (Mayer et St-Jacques, 2000). Ces entrevues ont permis de recueillir les observations des présidents des CU et leurs expériences concernant les situations problématiques portées à l'attention des CU (Yin, 2003), mais aussi les actions des comités dans la défense des droits des usagers, les limites de leurs actions et les améliorations nécessaires à leurs apporter. Ces entrevues permettaient également de documenter plus en détail les rapports de pouvoir qui se produisent lorsque les CU échangent avec les directions des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité, dans la réalisation de leur fonction de défense des droits des usagers, ainsi que l'influence de ces rapports dans l'autonomie des comités. Les entrevues ont également enrichi les données sur la façon dont s'organisent les comités dans la défense des droits des usagers. L'instrument de collecte des données utilisé est un guide d'entrevue semi-structurée centrée reprenant chacun de nos objectifs et chacune de nos questions de recherche (présenté à l'annexe 5 de cette thèse). M. Éric Gagnon et Mme Marie Beaulieu, les codirecteurs de cette étude, ont commenté ce guide d'entrevue afin de le bonifier. Suite à

la troisième séance d'observation, nous avons pris rendez-vous avec les présidents des CU (séparément), afin de réaliser une entrevue de 60 à 90 minutes. Nous avons ainsi eu le temps de nous familiariser avec les milieux et les participants et de bonifier le guide d'entrevue élaboré, dans un premier temps, selon les résultats de la recension des écrits. Le choix de l'endroit où se sont déroulées ces entrevues revenait aux présidents des CU. Les entrevues ont été enregistrées, avec le consentement des participants, puis transcrites en verbatim.

#### ***4.3.3 Les entrevues d'approfondissement du travail des CU***

Nous avons réalisé cinq entrevues individuelles *formelles* d'approfondissement du travail des CU auprès de leurs membres, ce que Yin (2003) nomme les *focused interview* — deux entrevues pour le CU 2 et trois pour le CU 3. Nous avons pris rendez-vous avec les personnes qui, dans leurs discours, lors des rencontres des comités, ont parlé de rapports de pouvoirs, de leur influence dans l'autonomie des CU ou bien de situations problématiques dans le milieu sociosanitaire. Ces entrevues, de 60 à 90 minutes, se sont déroulées aux moments et aux endroits choisis par les participants. Elles ont permis de mettre en contexte et d'expliquer ce que nous avons observé lors des rencontres des comités et d'avoir une connaissance plus directe du fonctionnement de ces comités. Elles ont permis de répondre à nos interrogations concernant les questions que les CU ont soulevées, les remarques formulées, leurs actions, leurs attitudes et leurs comportements. Ces précisions ont permis de bonifier les données issues des observations afin de mieux répondre à nos questions de recherche. Le guide d'entrevue utilisé est un aide-mémoire (exposé à l'annexe 6 de cette thèse), qui nous permettait de nous rappeler de nos objectifs et de nos questions de recherche, tout en laissant la

possibilité aux participants de s'exprimer librement (Yin, 2003). Ces entrevues ont été enregistrées puis transcrites en verbatim. Pour le CU 1, il importe de noter que deux entrevues *informelles*<sup>20</sup> ont été réalisées auprès de deux membres, qui nous ont inopinément raconté des situations problématiques à la pause de deux rencontres du comité. Nous les avons questionnés individuellement pour bien comprendre ces situations et leur contexte. Nous avons pris en note ces informations dans notre journal de bord du chercheur et les avons transcrites dans les comptes rendus descriptifs des rencontres du CU 1.

Nous avons également réalisé une entrevue d'approfondissement du travail des comités auprès de chacun des trois présidents des CU.<sup>21</sup> Ces entrevues se sont tenues lors de la dernière rencontre que nous observions dans chacun des comités. À ces moments, une partie de l'analyse des données visant à répondre à nos objectifs et nos questions de recherche était réalisée, ce qui permettait d'approfondir les éléments manquants apparus lors de l'analyse — de combler les trous, et de valider nos résultats préliminaires (Yin, 2003). Nous avons pris rendez-vous avec les présidents, pour réaliser ces entrevues de 60 à 90 minutes, avant ou après la réunion, qui ont également été enregistrées, puis transcrites en verbatim.

Au total, il y a donc eu 10 entrevues d'approfondissement du travail des CU, qui ont été réalisées (n = cinq entrevues formelles auprès des membres des CU 2 et 3, trois

---

<sup>20</sup> Ces entrevues sont qualifiées d'informelles étant donné que nous n'avons pas pris rendez-vous avec ces membres pour réaliser une entrevue formelle enregistrée. Ils nous ont tout bonnement partagé les informations sur les situations problématiques à la pause des rencontres du comité.

<sup>21</sup> Pour le CU 1, comme pour l'entrevue semi-structurée centrée, la présidente était accompagnée de la coordonnatrice du CU.

entrevues formelles auprès des présidents [et coordonnatrice pour le CU 1], en plus de deux entrevues informelles auprès de deux membres du CU 1).

#### ***4.3.4 L'analyse documentaire***

L'analyse documentaire a permis de compléter les informations recueillies par les autres méthodes de collecte des données visant la réponse à chacune de nos questions de recherche (Yin, 2003). Nous avons analysé la documentation pertinente au traitement des situations de maltraitance par les CU étudiés, soit les procès-verbaux des rencontres des comités observées — neuf procès-verbaux pour le CU 1, quatre pour le CU 2, et neuf pour le CU 3, et leur rapport annuel d'activités — un rapport pour chacun des comités. Les informations contenues dans ces documents ont été intégrées ou transcrites dans une grille d'extraction des données, pour chacun des cas, qui reprenait chacun de nos objectifs et chacune de nos questions de recherche (cette grille est identique à la grille d'observation que nous avons utilisée, mise en annexe 3 de cette thèse, nous n'avons donc pas ajouté la grille d'extraction des données en annexe). Nous avons pu discuter du contenu de ces documents, et vérifier la compréhension que nous en avions, auprès des membres des comités, à la fin des rencontres que nous observions. L'analyse documentaire était riche pour approfondir le travail des comités pour prévenir et contrer la maltraitance (Yin, 2003).

Pour toutes les méthodes de collectes des données de cette recherche, les données recueillies concernant chaque cas, soit les informations tirées de la prise de notes terrain, des comptes rendus descriptifs (observations), des verbatims (entrevues) et de la grille d'extraction des données (analyse documentaire), ont été classées dans un dossier — un dossier informatique et un dossier papier, qui permettait de se rafraîchir la mémoire, en

consultant ces dossiers, avant d'intervenir à nouveau dans un cas (Gagnon, 2005). Les fichiers électroniques ont été sauvegardés toutes les semaines et les fichiers papiers entreposés dans un classeur verrouillé.

#### **4.4 Codification et analyse des données**

Pour la codification et l'analyse des données, nous avons suivi la stratégie proposée par Yin (2003), sur les propositions théoriques (*theoretical propositions*).

##### *Objectif 1 – analyse de contenu par cas*

Pour atteindre l'objectif 1 : *faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés portées à l'attention des CU*, nous avons réalisé des analyses de contenu par cas. Pour ce faire, nous avons construit une grille de codage reprenant les questions de la recherche se rattachant à l'objectif 1, soit : qu'elles sont les situations de maltraitance portées à l'attention des CU? Quels sont les mots employés par les CU pour décrire ces situations? Quel est le nombre de situations de maltraitance portées à l'attention des CU durant l'année étudiée (d'avril 2014 à avril 2015) et les endroits où elles se sont produites? Quelles sont les causes ou les sources des situations de maltraitance? Quelles sont les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes? Cette grille de codage comprenait aussi une section nommée : *éléments divers*, puisqu'il était impossible de connaître à l'avance tous les faits pertinents à la recherche.

Ensuite, nous avons lu l'ensemble des informations tirées de la prise de notes terrain, des comptes rendus descriptifs (observations), des verbatims (entrevues) et de la grille

d'extraction des données (analyse documentaire), de chacun des cas, et nous avons intégré les informations (ou les données) dans la grille de codage. Une grille par comité.

Chacune des unités d'informations (ex. chaque extrait de verbatims) intégrées dans chacune des grilles de codages a été codée; c'est-à-dire que des codes ont été attribués aux participants, afin que seuls l'étudiante et ses codirecteurs puissent les identifier, et datée, pour suivre l'évolution des informations durant l'année étudiée (du mois d'avril 2014 à avril 2015). Ces codes permettaient aussi de savoir par quelle méthode, ces unités d'information avaient été collectées (ex. entrevue, coordonnatrice du CU1, 3 décembre 2014).

Il importe de noter que pour répondre à la première question de la recherche : quelles sont les situations de maltraitance portées à l'attention des CU?, nous nous y sommes pris de deux façons. La première est que lorsqu'un membre de CU racontait une situation, et qu'il la nommait clairement comme étant de la maltraitance, de la violence, de la négligence ou un manquement à un droit, nous avons considéré cette dernière comme étant « une situation de maltraitance ». La seconde est que lorsqu'un membre de CU s'exprimait sur une situation, et que dans ces propos, il ne parlait pas du tout de maltraitance, de violence, de négligence ou de manquement à un droit, nous avons analysé ces propos pour identifier si la situation décrite reflétait les principales dimensions du cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés, soit : un geste singulier ou répétitif (violence) ou une absence d'action appropriée (négligence); fait de façon intentionnelle ou non; au sein d'une relation de confiance; qui cause du tort ou de la détresse à une ou des personnes aînées; et qui se manifeste dans l'un ou l'autre des sept types de maltraitance (psychologique, physique, sexuel, organisationnel, matériel ou



financier, violation des droits et âgisme). Si la réponse était oui, nous avons considéré cette dernière comme étant « une situation de maltraitance ». Il importe ici, toutefois, de noter que, bien que notre première idée fût celle d'utiliser le cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés pour repérer, classer et analyser les situations problématiques commises envers les aînés portées à la connaissance des CU, nous nous sommes rendu compte, lors de la collecte et de l'analyse des données, que plusieurs autres situations problématiques étaient portées à leur attention — des situations problématiques commises envers d'autres personnes que des aînés. Nous avons donc fait le choix de « retenir » ces situations, et de les analyser, aussi, à la lumière du cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés. Nous avons fait ce choix parce que cela nous semblait fort utile pour encore mieux comprendre en quoi les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins constituent de la « maltraitance » — la nature des problèmes et leurs causes. Nous avons ainsi fait un usage « plus ouvert » de ce cadre conceptuel, en l'appliquant à « toutes » les situations problématiques portées à l'attention des CU, que les aînés en soient ou non la cible — au lieu d'un usage « plus étroit », en l'appliquant seulement aux situations problématiques commises envers les aînés. Nous avons donc « élargi » le concept de « maltraitance envers les aînés » pour l'appliquer à toute forme de « maltraitance » portée à la connaissance des CU.

Ces façons de faire ont permis de découvrir certaines situations pour lesquelles les participants n'ont pas du tout utilisé le mot « maltraitance », mais aussi de mettre en lumière des situations que l'on n'associe pas toujours à la maltraitance, du moins à celle envers les aînés, comme certains gestes commis par un usager envers le personnel ou envers un autre usager.

Toutes les unités d'information (ex. extrait de verbatim), concernant chacune des situations de maltraitance, par comité, ont été regroupées afin de rédiger des « récits de situations ». Deux membres du CU 1 par exemple pouvaient parler de la même situation de maltraitance. Leurs propos ont donc été regroupés dans le même « récit de situation ». Ces récits reprennent les citations des participants, afin d'être fidèles aux données (Yin, 2003).

Ces récits, entre autres, ont été analysés, par cas, pour découvrir les mots employés par les CU pour les décrire, le nombre de situations de maltraitance portées à l'attention de chacun des CU durant l'année étudiée (d'avril 2014 à avril 2015), les endroits où elles se sont produites, leurs causes, et les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes.

Ces récits ont aussi été analysés à la lumière de la démarche stratégique de Crozier et Friedberg (1977), pour documenter les stratégies mises en œuvre par les personnes maltraitantes pour obtenir du pouvoir ou être en position de pouvoir vis-à-vis des personnes maltraitées.

#### *Objectif 2 – analyse de contenu par cas et en comparaison intercas*

##### *Analyse de contenu par cas*

Pour atteindre l'objectif 2 : *documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action*, nous avons réalisé des analyses de contenu par cas. Pour ce faire, nous avons construit une grille de codage reprenant les questions de la recherche se rattachant à l'objectif 2, soit : que font les CU pour défendre les droits des usagers (pour recevoir et évaluer les demandes faites par les usagers concernant le non-respect de leurs droits; pour détecter les situations de

maltraitance; pour se pencher sur la maltraitance subie par les usagers sans voix, isolés, sans visite; pour informer les usagers sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction; pour porter à l'attention de l'établissement les situations qu'ils jugent inacceptables ou qui vont à l'encontre des droits des usagers; pour demander l'aide de professionnels dans des dossiers complexes ou soulevant des questions éthiques; pour analyser, à partir d'une plainte reçue, si le problème est d'ordre individuel ou peut affecter un groupe d'usagers)? Et comment s'organisent les CU pour défendre les droits des usagers? Cette grille de codage comprenait aussi une section nommée : *éléments divers*, car il n'était pas possible de connaître à l'avance tous les faits pertinents à la recherche.

Nous avons, ensuite, lu l'ensemble des informations tirées de la prise de notes terrain, des comptes rendus descriptifs (observations), des verbatims (entrevues) et de la grille d'extraction des données (analyse documentaire), de chacun des cas, et nous avons intégré les informations (ou les données) dans la grille de codage. Une grille par comités — ici aussi, chacune des unités d'informations intégrées dans chacune des grilles de codage a été codée.

Cette façon de faire a permis de mettre en lumière, pour chacun des comités, leurs actions pour recevoir, traiter et dénoncer les situations de maltraitance. Lorsqu'il s'agissait d'actions se rapportant précisément à une des situations de maltraitance identifiées à l'objectif 1, elles étaient ajoutées au « récit de situation » auquel elles se rattachaient. Dans chaque récit de situation, par cas, ces actions des CU ont, de plus, été analysées à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg (1977), pour documenter la nature du pouvoir entre les CU et les autorités, et dans quel sens il s'exerce.

### *Analyse de contenu en comparaison intercas*

Pour atteindre l'objectif 2, nous avons aussi réalisé des analyses de contenu en comparaison intercas. Pour ce faire, nous avons repris les grilles de codage, qui ont été « remplies » lors des analyses de contenu par cas, et avons comparé les informations entre elles, pour chacune des questions. Ce qui nous a permis de faire ressortir les différences et les similitudes entre les trois cas, pour chacune des questions se rapportant à l'objectif 2. Nous avons ensuite expliqué ces différences et ces similitudes.

### *Objectif 3 - analyse de contenu par cas et en comparaison intercas*

#### *Analyse de contenu par cas*

Pour atteindre l'objectif 3 : *poser la portée et les limites des actions des CU et recommander des actions pour les améliorer*, nous avons réalisé des analyses de contenu par cas. Nous avons construit une grille de codage reprenant les questions de la recherche se rattachant à l'objectif 3, soit quels sont les effets des actions des CU en matière de défense des droits des usagers? Quelles sont les limites des actions des CU dans la défense des droits des usagers? Quelles sont les améliorations nécessaires à apporter aux actions des CU pour défendre les droits des usagers? Cette grille de codage comprenait aussi une section nommée : *éléments divers*, puisqu'il était impossible de connaître à l'avance tous les faits pertinents à la recherche.

Nous avons lu l'ensemble des informations tirées de la prise de notes terrain, des comptes rendus descriptifs (observations), des verbatims (entrevues) et de la grille d'extraction des données (analyse documentaire), de chacun des cas, et nous avons intégré les informations (ou les données) dans la grille de codage. Une grille par comités

— tout comme pour les objectifs 1 et 2, chacune des unités d'informations intégrées dans chacune des grilles de codage a été codée.

Cette façon de faire a permis de documenter, pour chacun des comités, les facteurs qui favorisent ou limitent leur traitement des situations de maltraitance, dont celles commises envers les aînés, et leur autonomie. Cela a aussi permis de mettre en lumière les effets de leurs actions — à savoir si les problèmes « se règlent ».

#### *Analyse de contenu en comparaison intercas*

Pour atteindre l'objectif 3, nous avons également réalisé des analyses de contenu en comparaison intercas. Nous avons repris les grilles de codage, qui ont été « remplies » lors des analyses de contenu par cas, et avons comparé les informations entre elles, pour chacune des questions. Ce qui nous a permis de faire ressortir les différences et les similitudes entre les trois cas, pour chacune des questions se rapportant à l'objectif 3. Nous avons expliqué ces différences et ces similitudes.

Dans la discussion, les facteurs, qui favorisent ou limitent le traitement des situations de maltraitance par les CU, ont été analysés à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg (1977), pour documenter leur influence dans la capacité des comités à mobiliser certaines sources de pouvoir dans les établissements pour engendrer des changements.

#### **4. 5 Moyens visant à assurer la rigueur du processus de recherche**

Au fil des différentes collectes des données, pour assurer la validité interne de notre étude, nous avons, dans chacun des cas séparément, pour chacune des questions de recherche, comparé les données recueillies par les différentes méthodes de collectes des

données — observations, entrevues, analyse documentaire, auprès de différentes sources — président des CU, membres des comités, invités à leurs rencontres, afin de mettre en lumière les données qui se confirmaient et ainsi augmenter la profondeur de nos analyses. Les résultats pouvaient alors être appuyés par plusieurs sources de données (*sources of evidence*), ce qui contribuait à en augmenter la qualité, la pertinence (Yin, 2003). Si une donnée n'était mentionnée qu'une seule fois, elle pouvait tout de même être significative.

Pour assurer la validité interne de l'étude, nous avons aussi réalisé une entrevue d'approfondissement du travail des CU auprès de chacun des trois présidents, lors de la dernière réunion des comités que nous observions. Ces entrevues permettaient de s'assurer de la validité de nos résultats, pour chacun des cas, en prenant connaissance de leurs commentaires, et de bonifier les récits de situations. Il s'agissait d'une occasion, pour les présidents, de compléter les informations que nous avons recueillies lors des différentes collectes des données (Yin, 2003).

Afin de minimiser les erreurs ou les biais, qui pouvaient survenir lors de la réalisation de l'étude (Yin, 2003), nous avons décrit la méthodologie suivie pour faire cette recherche. Nous avons documenté, par exemple, au point précédent, les analyses par cas, qui nous ont permis de produire les « récits de situations », formés des situations de maltraitance portées à l'attention des CU, ainsi que des actions des membres pour les recevoir et les traiter. Ces récits ont été rédigés à partir des données recueillies par les différentes méthodes de collecte des données. Les données ont été mises en contexte (ex. la date où les données ont été collectées, auprès de qui) et elles relatent les citations des participants. Cette description permettra à d'autres personnes de réviser l'étude et de

comprendre comment nous sommes arrivées à produire nos résultats. Cela contribue à la fiabilité de l'étude, car d'autres personnes pourront reproduire cette recherche (Laperrière, 1997). L'utilisation de notre protocole de recherche pourrait aussi fournir la documentation nécessaire et pertinente pour la reproduire de façon opérationnelle.

Le fait de mettre en contexte les données qui forment les récits de situations (ex. la date où les données ont été collectées, auprès de qui) permettait aussi d'augmenter la validité de la recherche en suivant l'évolution des situations de maltraitance et des actions des comités à travers le temps – l'ordre chronologique des événements (Yin, 2003). Elle permettait notamment de prendre connaissance du moment où les CU commençaient à mettre en œuvre des actions pour contrer ces situations et ce qui se passait, à travers le temps, pour les régler. Nous devions donc, pour que cela soit possible, collecter et analyser les données sur le terrain « de façon prolongée » — un an de collecte des données (d'avril 2014 à avril 2015), afin de s'assurer de la pertinence des données pour la réponse à nos questions de recherche (Laperrière, 1997). Cette observation à long terme sur le terrain permettait aussi d'assurer la fiabilité de la recherche, en prenant connaissance de l'évolution des situations de maltraitance et des actions des comités, et de la concordance entre leur description et leur explication par les membres (Laperrière, 1997).

Nous avons aussi, pour assurer la fiabilité de l'étude, créé une base de données par cas (*case study database*) (Yin, 2003). Nous avons intégré, dans des dossiers informatiques (CU 1, CU 2, CU 3), les comptes rendus des observations, nos notes personnelles, les verbatims des entrevues et les documents pertinents à l'étude dans ces dossiers. Cette

façon de faire permettait d'avoir accès aux données brutes de la recherche, pour une relecture ou une vérification par l'équipe de direction (Yin, 2003).

#### **4.6 Considérations éthiques**

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche — Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (UdeS)<sup>22</sup>, et par les comités d'éthique de chacun des CSSS<sup>23</sup> retenus. Les règles éthiques et de déontologie qui prévalent à l'UdeS et dans chacun des CSSS ont été respectées à toutes les étapes de la réalisation de la recherche. Avant de débiter la collecte de données, les trois CU ont été rencontrés et informés de la nature et du déroulement prévu de l'étude, et de leur droit de s'y retirer à tout moment. Les avantages et les inconvénients découlant de leur participation leur ont été clairement exposés. Nous avons remis des formulaires de consentement individuels pour la réalisation des entrevues et un formulaire de consentement collectif pour la réalisation des observations des rencontres aux membres des CU. Ces formulaires contiennent toute l'information essentielle à leur compréhension et attestent que leur participation fait l'objet d'un choix libre et éclairé. Ils ont été prévenus de la prise de notes de terrain et de l'enregistrement des entrevues. Le respect de la vie privée et la confidentialité des renseignements ont aussi été gardés puisque les données recueillies sont demeurées confidentielles et dénominalisées. Les participants et les CSSS ont été identifiés à l'aide de noms fictifs et de codes numériques (ex. membre du CU 3). Les noms fictifs permettaient d'assurer l'anonymat des participants et des CSSS, et les codes numériques permettaient de se « retrouver » dans les données et de les

---

<sup>22</sup> Le numéro de référence est le suivant : N/Réf. 2014-07/Bédard/). La recherche a été approuvée le 10 mars 2014. Cette approbation a été renouvelée en 2015, 2016, 2017 et 2018.

<sup>23</sup> Les approbations éthiques de chacun des CSSS ne sont pas mises en annexe de la thèse puisqu'elles contiennent des informations qui pourraient permettre d'identifier les CU participant à cette étude.



« classer » par cas (CU 1, CU 2, CU 3). Les documents relatifs à l'étude ont été conservés sous clé dans un classeur. Les données informatisées ont été conservées dans un ordinateur sécurisé par un mot de passe et accessible à l'étudiante et à ses codirecteurs — qui peuvent avoir accès au matériel brut de la recherche. Les données seront conservées jusqu'au dépôt final de la thèse, puis cinq années sur le serveur de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées — il s'agit du serveur du Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, où il y a le P Chaire. Tous les projets de recherche produits par un membre de la Chaire y sont déposés. Ils demeureront à l'usage de l'étudiante chercheure et celui de la Titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Mme Marie Beaulieu.

Il importe de noter qu'en cours de terrain, il y a eu certains enjeux ou défis éthiques qui ont dû être solutionnés. Plus précisément, lors de la réalisation des entrevues, des membres des CU ont critiqué d'autres membres du comité, des membres des CR ou la direction, et les ont nommés. Pour éviter que ce bris de confidentialité compromette leurs relations avec les autres, dans la transcription en verbatim, nous leur avons attribué des noms fictifs et des codes numériques.

## **5. Composition des trois CU et contexte dans lesquels ils œuvrent**

Afin de mieux comprendre comment s'organisent les CU pour défendre les droits des usagers et, par le fait même, lutter contre la maltraitance, dont celle commise envers les aînés, il est important de préciser dès le départ, le contexte dans lequel ils agissent et leur composition.

D'abord, comme il a été mentionné dans le chapitre de la méthodologie de la recherche, chacun de ces comités œuvre dans des CSSS de taille différente, calculée selon le nombre d'employés qui y travaillent. Le CU 1 relève d'un CSSS de grande taille — environ 4800 employés, le CU 2 d'un CSSS de taille moyenne — environ 3700 employés, et le CU 3 d'un CSSS de petite taille — environ 2250 employés.

La composition de ces comités est assez semblable partout, avec quelques différences : le CU 1 est formé de treize membres — 11 femmes et 2 hommes, le CU 2 de dix membres — 5 femmes et 5 hommes, et le CU 3 de treize membres — 7 femmes et 6 hommes. Ce sont en majorité des membres de famille de gens hébergés ou ils avaient un proche hébergé qui est maintenant décédé — ils poursuivent tout de même leur engagement au sein des comités. Il y a aussi deux membres qui sont eux-mêmes des résidents de CHSLD — ils siègent au CU 2, et un autre qui est bénévole — il n'a aucun proche hébergé ou hospitalisé ou qui l'a été — il siège au CU 3. Généralement, c'est le président de chaque CR qui est désigné pour siéger au CU.

La majorité des membres des CU sont des personnes aînées. Pour le CU 1, deux membres sont âgés de 40 ans et les autres ont près de 70 ans. Pour le CU 2, les membres

ont plus de 60 ans, mais moins de 70 ans. Pour le CU 3, il y a deux membres qui sont âgés d'environ trente ans et les autres ont plus de 50 ans.

La plupart des membres de ces comités n'ont pas de limitations physiques majeures, mais dans les CU 1 et 2, des membres ont des problèmes de mobilité — ils se déplacent avec une canne ou avec un fauteuil roulant par exemple. Dans les trois CU, des membres éprouvent certains problèmes de santé ou handicaps.

Les membres de ces comités sont tous nés au Québec. La plupart d'entre eux ont fait des études ou ont des expériences professionnelles ou personnelles en lien avec le milieu de la santé et des services sociaux ou en lien avec le vieillissement.

Le nombre d'années d'engagement des membres au sein des CU est variable. Lorsqu'ils sont élus, ils remplissent des mandats de trois ans, qui peuvent être renouvelés. Pour le CU 1, les années d'engagement des membres varient entre zéro et dix ans. Pour le CU 2, nous n'avons pas cette information. Pour le CU 3, l'engagement des membres varie entre moins d'un an à une vingtaine d'années.

Les trois présidents des CU sont retraités. Dans leur travail antérieur, ils ont œuvré dans des domaines différents. La présidente du CU 1 a travaillé comme infirmière auxiliaire dans un centre hospitalier régional, la présidente du CU 2 a œuvré comme enseignante et le président du CU 3 a négocié des conventions collectives dans les entreprises. Il en a lui-même possédé une pendant six ans. En plus de siéger aux CU, ces présidents siègent à plusieurs autres comités. Par exemple, le président du CU 3 représente le CU au CA du CSSS, avec un autre membre, ainsi qu'au Regroupement régional des comités des usagers, qui regroupe l'ensemble des CU, toutes missions confondues — Centre

jeunesse, Centre de réadaptation en dépendance, etc., avec un autre membre ou la coordonnatrice du CU. Il est aussi délégué du CA au comité de vigilance et de la qualité de l'établissement, et est délégué régional et 2<sup>e</sup> vice-président du RPCU. Il siège également à plusieurs comités de travail mis en place par le CU 3, pour assurer le bon fonctionnement du comité — au comité de promotion et au comité de révision des feuillets d'informations du CSSS.

Les coordonnatrices des CU, pour leur part, ont aussi des expériences de travail distinctes. La coordonnatrice du CU 1 a œuvré pendant longtemps en gestion d'événements pour une Société Alzheimer régionale — elle s'est notamment occupée de leur journal, et pour une association pour les personnes trisomiques. Elle a une maîtrise. Pour le CU 2, au début de la collecte des données, la coordonnatrice avait une formation en andragogie, mais elle a toutefois quitté ses fonctions. La nouvelle coordonnatrice, pour sa part, est une commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services à la retraite. Selon la présidente du CU 2, elle a une bonne connaissance des droits des usagers, de leurs insatisfactions et de la structure organisationnelle du CSSS (observation CU 2, 5 novembre 2014). La coordonnatrice du CU 3, quant à elle, a travaillé au CSSS pour la qualité et la gestion des risques — elle est aussi retraitée. Il importe de noter que les trois coordonnatrices sont rémunérées par les CU pour réaliser différentes tâches. Par exemple, pour le CU 1, il est spécifié dans le rapport-annuel 2013-2014 que :

« la coordonnatrice (...) est une personne choisie par le CU, indépendante, et sans lien de subordination avec l'établissement qui, par l'entremise d'un contrat de service avec l'établissement assure la réalisation des tâches de gestion, d'agente de liaison, de soutien et de coordination des activités du CU et des CR de l'établissement, ainsi que toute autre tâche spécifiée dans son contrat de service » (p. 7).

Dans les trois CU, il y a également un membre qui occupe le rôle de trésorier — c'est-à-dire qu'il prépare et présente aux autres membres, lors des réunions, les états financiers du comité.

Dans le CU 3, il y a aussi une personne qui occupe le rôle de secrétaire — il s'agit d'une agente administrative du CSSS, qui réalise différentes tâches de secrétariat (ex. imprimer et corriger des documents; noter le déroulement des réunions du CU). Dans les CU 1 et 2, ce sont plutôt les coordonnatrices qui réalisent ces fonctions.

En ce qui a trait au nombre de rencontres annuelles des CU, il varie entre huit et neuf pour les CU 1 et 3, et entre quatre et cinq pour le CU 2. Les réunions du CU 1 durent en moyenne quatre heures; le CU 2, trois heures; et le CU 3, environ de quatre à six heures. Dans les trois CU, les membres sont d'avis que ces rencontres sont un peu trop longues étant donné que la capacité d'attention diminue après quelques heures de réunions. Selon la coordonnatrice du CU 1 : « les membres du comité trouvaient ça trop long des réunions qui durent trois heures. Ils ne sont pas capables » (entrevue, 3 décembre 2014). De son côté, la présidente du CU 2 mentionne que : « c'est difficile de faire [une] réunion, même de deux heures, parce que le degré de fatigue est là » (entrevue, 5 novembre 2014).

Le taux de participation des membres aux réunions des CU pourrait être qualifié de très bon. Par exemple, dans le CU 3, il est de 91 % (rapport annuel 2014-2015).

Lors des rencontres des CU, des représentants de la direction sont invités à y participer — ils sont délégués par la direction, pour assurer le lien entre le comité et la direction. Ces personnes ont toutefois des statuts différents dans les organisations et assistent aux

rencontres des comités de façon distincte. Pour le CU 1, la représentante de la direction vient aux rencontres du comité 20 minutes au début de chacune des réunions. Elle est conseillère-cadre intérimaire à la direction générale adjointe organisationnelle. Selon la coordonnatrice :

« c'est la directrice générale adjointe organisationnelle qui est en théorie [leur représentante] officielle, mais elle a délégué cette personne comme [représentante] parce qu'elle est plus sur le terrain, c'est plus facile de la rencontrer mensuellement, c'est plus accessible » (entrevue, 26 mars 2015).

Pour les CU 2 et 3, les représentants de la direction assistent à toute la durée des réunions. Pour le CU 2, c'est la directrice du programme hébergement-milieu de vie qui joue ce rôle. Pour le CU 3, ce sont deux personnes qui alternent leur participation aux rencontres du comité, soit l'adjointe à la direction du programme santé physique (DPSP) et l'adjoint à la direction du programme-personne en perte d'autonomie (DPPA). Lors des rencontres des comités, un point à l'ordre du jour est réservé à ces représentants, pour qu'ils puissent donner de l'information aux membres sur ce qui se passe dans l'établissement. Pour le CU 3 par exemple, les représentants de la direction informent les membres de ce qui se passe dans le secteur courte durée du CSSS (exemple de sujet traité : une visite ministérielle par rapport à l'expérience du patient dans le continuum des services en oncologie) ou le secteur hébergement ou longue durée (exemple de sujet traité : une évaluation du maintien de la quête lors des messes célébrées en centre d'hébergement). Une fois ces informations transmises aux membres, ils peuvent, ensemble, en discuter et échanger entre eux. Il arrive aussi que lors des rencontres des CU, les représentants de la direction soient chargés de faire des demandes aux comités, qui proviennent de certaines directions de l'établissement ou des fondations du CSSS (ex. une demande en provenance de la DPSP, quant à la possibilité du CU 3 de défrayer

le montant relié à l'achat d'une affiche géante pour la mise en place d'un programme). Lorsque ces demandes sont formulées aux CU, les membres en discutent, font des propositions et prennent position (ex. il est résolu à la majorité que le CU 3 défraie le montant complet de la facture de l'affiche, en s'assurant de la non-réurrence de cet achat et de la visibilité du logo du CU, du numéro de téléphone et du slogan : « Pour la défense des usagers »). La présence des représentants de la direction aux réunions des CU permet également aux membres de les informer des besoins, des préoccupations et des insatisfactions des usagers et des résidents, et de ceux des membres du CU, et de donner des avis sur des changements qui, selon les membres ou les usagers et les résidents, devraient être faits dans l'établissement. Les représentants de la direction peuvent alors fournir des réponses aux membres et faire le suivi des changements en cours ou à venir dans le CSSS. Si les représentants de la direction ne connaissent pas les réponses aux questions des membres, ils s'informent auprès des acteurs concernés (ex. la direction), pour ensuite, faire suivre l'information au CU. Les représentants de la direction informent également, la direction, des demandes exprimées par les membres du comité. Ils assurent ainsi le lien entre le CU et la direction du CSSS.

Les CU invitent d'autres personnes à leurs rencontres, pour donner de l'information spécifique aux membres, ayant trait à leur secteur de responsabilités, ou pour répondre à leurs questions. Ces invités ne participent pas à toute la durée des rencontres, mais bien à une partie, au moment où le point à l'ordre du jour concerne le point d'information ou de discussion en question. Ce moment d'information permet aux membres d'échanger avec les invités, de les questionner et de leur faire part des préoccupations et des insatisfactions des usagers et des résidents — parfois les membres expriment aussi leurs

propres préoccupations ou insatisfactions en tant que membre de CU. Par exemple, les trois CU, du mois d'avril 2014 à avril 2015, ont reçu les commissaires aux plaintes et à la qualité des services, qui sont venues présenter aux membres leur rapport annuel des plaintes. Dans le CU 3, lors de cette période d'informations, les membres ont pu faire part à la commissaire de leurs préoccupations concernant les violences entre les résidents dans une unité prothétique d'un CHSLD. Ils ont également pu la questionner concernant les procédures à suivre si une situation de maltraitance survenait entre un proche et un résident. La commissaire leur a expliqué ce qui devait être fait à l'interne du CSSS — dénoncer la situation au chef de service pour la mise en place de mesures visant à « protéger » le résident, et à l'externe — dénoncer la situation au service d'accueil-évaluation-orientation (AEO) social du CLSC. Elle leur a aussi précisé que les situations de maltraitance d'un membre du personnel envers un usager ou résident relèvent de son autorité ou de son mandat.

Du mois d'avril 2014 à avril 2015, le CU 1 a aussi invité à ses rencontres, la chef de l'administration des programmes Soutien à domicile, et la coordonnatrice de ces programmes, pour venir présenter aux membres l'offre de service de l'équipe en soins palliatifs, ainsi que le continuum du programme local en soins palliatifs. Ils ont également reçu, à l'une de leurs rencontres, la directrice du CSSS, qui est venue leur présenter le code d'éthique de l'établissement — le CU 1 a participé à l'élaboration de ce code d'éthique. Le CU 2, pour sa part, a invité à ses rencontres, le coordonnateur des mesures d'urgence et responsable de la sécurité, pour venir donner de l'information aux membres concernant une formation reçue par les employés des CHSLD, sur les codes rouges (incendie) et vert (évacuation). Il leur a aussi précisé qu'une formation sur les



codes blancs (usager violent) était à venir. Le CU 2 a également reçu la directrice du programme des services d'hôtellerie et de nutrition clinique, et la coordonnatrice du service de nutrition clinique, ainsi que la directrice de la qualité : évaluation des services. Au CU 3, les membres ont invité le directeur général du CSSS et la Direction du programme-personne en perte d'autonomie, pour venir donner de l'information aux membres concernant les sondages de satisfaction de la clientèle, la fermeture d'un CHSLD — l'argumentaire relié à la décision de procéder à la fermeture du CHSLD, et le plan de développement des services aux aînés. Ils ont également invité l'adjointe à la direction générale et aux affaires institutionnelles du CSSS, afin d'échanger sur les services à la population touchés par l'optimisation du budget 2015-2016. Il importe de noter que des gestionnaires des services à la clientèle sont aussi invités à venir rencontrer les CU lorsqu'il y a un besoin de sondage de satisfaction de la clientèle dans leur secteur d'activité.

Les rencontres des CU se tiennent dans un local de réunion situé dans un centre hospitalier ou dans un des CHSLD du CSSS. Généralement, les rencontres se déroulent dans l'après-midi. Pour le CU 3, toutefois, les rencontres débutent le matin, pour se terminer en après-midi — un dîner est servi sur place et il est payé par le CU 3. Avant le début des rencontres, dans les trois CU, les membres prennent le temps de se saluer, de s'embrasser, de se serrer la main et de se demander comment ils vont — il y règne un climat chaleureux et de respect.

Ce sont les présidents des CU qui animent les rencontres. Une rencontre type de CU débute par un mot de bienvenue et la vérification du quorum. Le président lie ensuite l'ordre du jour et demande aux membres s'il y a des points à modifier ou à ajouter —

généralement dans la section affaires diverses ou affaires nouvelles. Une fois les corrections ou les ajouts effectués, l'ordre du jour est adopté. Le président lit en partie le procès-verbal de la dernière rencontre du CU, soit les points qui méritent un suivi. Les membres peuvent, à ce moment, faire part au président des points qu'ils souhaitent voir modifiés ou corrigés, lorsqu'il y a une erreur (ex. précisions, coquilles). Le procès-verbal est ensuite adopté en incluant les précisions apportées par les membres. La suite de la rencontre se passe en suivant les points à l'ordre du jour. Il importe de souligner qu'un de ces points sert à donner la parole à chacun des membres du CU, qui siègent aussi à un CR. À tour de rôle, ils font un court résumé des dossiers importants de chacun des CR — généralement, ils parlent des actions du comité, des difficultés rencontrées et de ce que les membres font pour les surmonter; ils font également part aux autres membres du CU des besoins, des préoccupations et des insatisfactions des résidents, dont ils ont été témoins ou qui ont été portés à leur attention, au CR. Ensuite, la parole est donnée à chacun des membres qui représentent les autres comités : CA, comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité, comité ou table de l'établissement (ex. comité hébergement milieu de vie, comité local de lutte contre le cancer, comité d'éthique clinique, table en santé physique, table en santé mentale, table en soins palliatifs, table pour les personnes âgées en perte d'autonomie), regroupement régional des comités des usagers, RPCU, comités de travail des CU (ex. comité exécutif, comité de promotion, comité de révision et d'approbation des feuillets du CSSS)<sup>24</sup>, pour informer les autres membres du CU de ce qui se passe au sein de ces comités — les informations pertinentes pour le CU, et les questionnements ou les préoccupations des membres qui représentent ces comités. Le point suivant à l'ordre du jour donne la parole

---

<sup>24</sup> Ces comités ou tables diffèrent d'un CSSS à l'autre.

aux « invités » aux rencontres du CU — ces invités donnent de l'information et répondent aux questions des membres concernant leur secteur de responsabilité. Une fois ce point terminé, les invités quittent la rencontre. Un autre point à l'ordre du jour sert à donner la parole aux représentants de la direction — pour le CU 3 par exemple, les représentants donnent de l'information concernant le secteur courte durée du CSSS ou le secteur hébergement ou longue durée. Pour les CU 2 et 3, comme les représentants de la direction assistent à toute la durée des réunions des comités, les membres des CU peuvent leur poser des questions tout au long de la rencontre — seulement au début de la réunion pour le CU 1. À la fin de la rencontre, le président fixe la date et l'heure de la prochaine réunion du CU. Il demande aux membres de résumer leur évaluation générale de la rencontre. Enfin, il les remercie de leur présence et de leur participation à la réunion, et lève la rencontre.

En somme, ce chapitre montre que les membres des comités sont souvent des personnes instruites, et qui ont une connaissance ou une expérience des services de santé et des services sociaux — ce qui peut certainement leur être utile dans leurs relations avec la direction et le pouvoir qu'ils peuvent exercer (que les CU peuvent exercer). Les savoirs d'expériences, qui ne sont pas formellement reconnus, ne sont pas prévus dans la théorie de Crozier et Friedberg (1977) — il semble toutefois important de les prendre en compte, de les considérer, de ne pas les échapper, car ils sont précieux. De plus, ce chapitre met en lumière que les CU ont un fonctionnement qui leur permet, en principe, d'être informés — de recevoir de l'information de la direction ou des représentants de la direction, et de poser des questions.

## **6. Inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU**

Il importe de préciser dès le départ que les résultats de la thèse sont présentés selon les objectifs et les questions de la recherche.

Or, le premier objectif est l'inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance portées à l'attention des CU, afin de connaître le nombre de situations de maltraitance portées à la connaissance de chacun de ces comités durant l'année étudiée — d'avril 2014 à avril 2015, et les endroits où elles se sont produites, de mieux comprendre la nature et les causes de ces situations, et de mettre en lumière les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes, ainsi que les rapports de pouvoir qui se créent entre elles, en fonction de leurs stratégies.

### **6.1 Présentation générale des situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins**

Afin d'avoir une vue d'ensemble des situations de maltraitance (ou présumées) qui ont été portées à l'attention des CU durant l'année étudiée, et celles dont ils ont été témoins, le tableau 8 présente une courte description de ces situations — leur titre, et les endroits où elles se sont produites.

Plus précisément, le tableau 8 est divisé en trois colonnes, soit une colonne par CU. La première rangée, de la première colonne, est nommée : *no. et titre des situations de maltraitance soumises au CU 1 ou dont ils ont été témoins et endroits où elles se sont produites*. La première rangée, des deuxième et troisième colonnes, est nommée de la même façon, mais pour les CU 2 et 3. Dans toutes les autres rangées du tableau, dans les trois colonnes, sont donc présentés les numéros et les titres des situations de maltraitance

qui ont été portées à l'attention de chacun des CU, ainsi que les endroits où elles se sont produites (ex. CHSLD, centre hospitalier). Les analyses de données par cas (Yin, 2003) ont permis de rédiger des récits de situations de maltraitance, qui comprennent aussi les actions des comités pour les recevoir et les traiter, que nous avons numérotés, pour chacun des comités. Le titre de ces situations, quant à lui, résume la violence ou la négligence qui a été commise.

Tableau 8 : Présentation générale des situations de maltraitance et endroits où elles se sont produites

No. et titre des situations de maltraitance soumises au CU1 ou dont ils ont été témoins et endroits où elles se sont produites	No. et titre des situations de maltraitance soumises au CU 2 ou dont ils ont été témoins et endroits où elles se sont produites	No. et titre des situations de maltraitance soumises au CU 3 ou dont ils ont été témoins et endroits où elles se sont produites
Situation 1 : Âgisme et les façons de s'adresser aux résidents (CHSLD)	Situation 1 : Laver la moitié du corps des usagers à un moment et l'autre moitié à un autre moment (CHSLD)	Situation 1 : Maltraitance financière envers les résidents par leurs enfants (CHSLD)
Situation 2 : Refus à la volonté d'une résidente de recevoir son bain par une préposée femme (CHSLD)	Situation 2 : Équipes qui ne changent pas les culottes d'incontinence des résidents de tout l'après-midi et les employés en pause (CHSLD)	Situation 2 : Temps de réponse trop long pour répondre aux cloches d'appels pour les besoins d'élimination des résidents (CHSLD)
Situation 3 : Coussin de fauteuil roulant oublié; résidents qui n'ont pas été lavés et habillés pendant plusieurs jours; employés qui repoussent le moment d'amener les résidents aux toilettes après que la salle à manger soit lavée (CHSLD)	Situation 3 : Résidents qui frappent, se disputent et font peur (CHSLD)	Situation 3 : Divergences d'opinions, de visions, quant à la réponse aux besoins des résidents (CHSLD)
Situation 4 : Refus de changer la culotte d'une résidente parce que l'urine n'a pas atteint la petite ligne bleue (CHSLD)	Situation 4 : Délais de réponses aux cloches d'appels (CHSLD et centre hospitalier)	Situation 4 : Violences entre les résidents (îlot adapté de CHSLD)
Situation 5 : Délai trop long pour répondre à la cloche d'appel par les employés (1 heure), un résident est tombé (CHSLD)	Situation 5 : Plaintes en rapport avec l'alimentation (CHSLD)	Situation 5 : Difficulté l'été que tous les résidents aient leur bain par manque de personnel (CHSLD)

Situation 6 : Délai trop long pour répondre à la cloche, par les membres du personnel, pour changer la culotte d'une usagère aux prises de c. difficile (centre hospitalier)	Situation 6 : Mourir dans la sérénité, les chambres à deux lits (CHSLD)	Situation 6 : Arrêt du service de transport aux cliniques de jours pour les personnes en pertes d'autonomie (communauté)
Situation 7 : Intrusion d'un résident dans la chambre de sa voisine résidente par la toilette communicante (CHSLD)	Situation 7 : Mourir dans la dignité : des sacs pour la disposition des effets personnels (CHSLD et centre hospitalier)	Situation 7 : Problème de structure dans l'organisation des repas (CHSLD)
Situation 8 : Jeune fille aux prises de troubles psychiatriques violente envers ses parents âgés et la non-consultation de la famille par le psychiatre (domicile et centre hospitalier)	Situation 8 : Bains qui ne sont pas donnés aux résidents (CHSLD)	Situation 8 : Représailles de la part d'une chef de service envers une résidente (CHSLD)
Situation 9 : Préposée qui ne donne pas d'insuline à un résident diabétique parce qu'il ne portait pas son bracelet (CHSLD)	Situation 9 : Travail de deux préposées la nuit (elles bouscullaient et faisaient la job très vite) (CHSLD)	Situation 9 : Résidents tous couchés à 21 h (CHSLD)
Situation 10 : Maltraitance financière d'un tuteur légal envers sa mère résidente (RI)	Situation 10 : Résidents désagréables (CHSLD)	Situation 10 : Placement de son mari en CHSLD (à une membre de CR) et la non-venue de l'infirmière lors de sa paralysie (CHSLD)
Situation 11 : Administration des repas aux résidents par les préposées (CHSLD)	Situation 11 : Résident trisomique qui dérange (CHSLD)	Situation 11 : Bénévole qui empêche une résidente « dérangeante pour le milieu » d'assister à la messe (CHSLD)

Situation 12 : Représailles d'un médecin envers un usager âgé (centre hospitalier)	Situation 12 : Résidente qui a une plaie et qui refuse de changer son pansement : l'inaction de l'infirmière (CHSLD)	Situation 12 : Négligence au niveau de l'hygiène des lieux (CHSLD)
Situation 13 : Vêtements des résidents retournés aux familles sans être rincés (selles dedans) et odeurs sur les unités (domicile et CHSLD)	Situation 13 : Maltraitance financière envers les résidents par les membres de leur famille (CHSLD)	Situation 13 : Techniques pour faire les transferts (les pivots) aux personnes à mobilité réduite : une fois particulièrement violente (CHSLD)
Situation 14 : Vers une meilleure accessibilité en transport en commun aux centres d'hébergement et aux autres sites de services du CSSS (communauté)	Situation 14 : Contentions chimiques et comportements agressifs ou irritants (CHSLD)	Situation 14 : Préposée qui a agrippé une résidente par le bras et qui l'a trainée dans sa chambre (CHSLD)
Situation 15 : Attouchements entre deux résidents (CHSLD)	Situation 15 : Changement de lit d'un monsieur âgé aux prises de problèmes cognitifs (pas d'informations sur l'endroit)	Situation 15 : Bains donnés aux résidents dans de grandes salles de bains froides (CHSLD)
Situation 16 : Fermeture du dépanneur d'un CHSLD (CHSLD)	Situation 16 : Ouverture des lits des résidents à 16 h 30 (CHSLD)	Situation 16 : Mixité des chambres (centre hospitalier)
Situation 17 : Employés qui ne placent pas la toile du lève-personne comme il se doit (CHSLD)	Situation 17 : Animaux dans les CHSLD (CHSLD)	Situation 17 : Fermeture d'un des CHSLD (communauté et CHSLD)
Situation 18 : Résident en boxeur dans un corridor de CHSLD (CHSLD)	Situation 18 : Volonté de protéger son conjoint pour qu'il ait de bons soins; la résidente qui frappe les autres résidents	Situation 18 : Procédures d'accueil des nouveaux résidents (CHSLD)



(CHSLD)		
Situation 19 : Résidents laissés la nuit sans surveillance pour des raisons budgétaires (îlot prothétique de CHSLD)		Situation 19 : Résident qui pleure dans sa chambre : aucune préposée ou assistante-infirmière ne va le trouver (CHSLD)
Situation 20 : Résidente habillée n'importe comment et l'entassement de son linge dans sa garde-robe (CHSLD)		Situation 20 : Objet remis à Noël aux résidents par le CR qui a été porté en dérision par les membres du personnel (CHSLD)
Situation 21 : Demandes collectives des familles (ex. les mauvaises odeurs sur les unités) (CHSLD)		Situation 21 : Changement dans l'horaire du service des repas au 4 eB : l'écart de 4 h entre les repas n'est pas toujours respecté (centre hospitalier)
Situation 22 : Dégât d'eau et les réparations facturées à la résidente (RI)		Situation 22 : Administration des médicaments par les infirmières au père d'un membre de CR (CHSLD)
Situation 23 : Démarches pour améliorer la pente apique à la sortie arrière de la résidence (CHSLD)		Situation 23 : Téléviseurs retirés des fumoirs (CHSLD)
Situation 24 : Maltraitance des résidents envers les membres du personnel et la coordonnatrice du CU (CHSLD)		Situation 24 : Quarantaines (CHSLD)

<p>Situation 25 :</p> <p>Augmentation des prix du service de coiffure; des prix variables d'un résident à l'autre (CHSLD)</p>		
<p>Situation 26 :</p> <p>Usager âgé considéré violent par une travailleuse sociale (centre hospitalier)</p>		
<p>Situation 27 :</p> <p>Commentaire désobligeant d'une employée de la cafétéria du CSSS envers un accompagnateur âgé d'une usagère (cafétéria du centre hospitalier)</p>		

Le tableau 8 présente les 69 situations de maltraitance (ou présumées) portées à l'attention des trois CU durant l'année étudiée — 27 situations pour le CU 1, 18 pour le CU 2, et 24 pour le CU 3. Nous avons assisté à toutes les rencontres du CU 2, mais comme les membres ne tiennent qu'entre quatre et cinq rencontres de comité annuellement, contrairement à entre 8 et 9 pour les CU 1 et 3, cela peut peut-être expliquer le fait qu'il y ait moins de situations de maltraitance qui ont été comptabilisées pour ce comité — nous avons effectivement pu assister à moins de rencontres pour le CU 2, que pour les deux autres comités, pour y faire de l'observation.

Le tableau 8 indique que la majorité de ces situations se sont déroulées dans un CHSLD (52/69 situations), mais que d'autres situations se sont également produites dans un centre hospitalier (10 situations), dans la communauté (3 situations, qui concernent principalement l'accès aux ESSS), à domicile (2 situations), et dans une RI (2 situations).

## **6.2 Nature et causes des situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins<sup>25</sup>**

Le tableau 9 donne une description de l'ensemble des 69 situations de maltraitance (ou présumées) portées à la connaissance des CU, et rend compte des mots employés par les membres pour les qualifier. Comme le tableau 9 est très volumineux, nous l'avons placé en annexe 7 de la thèse. Nous faisons toutefois ici une présentation commentée et une analyse de ce tableau.

---

<sup>25</sup> Ce passage reprend et développe une analyse présentée dans l'article suivant : Bédard, M.-È., Gagnon, É., & Beaulieu, M. (2016). Nature et causes des situations de maltraitance envers les aînés traitées par les comités des usagers : un aperçu des manquements aux droits des usagers. *Vie et vieillissement*, 13(4), 37-43.

D'abord, le tableau 9 a quatre colonnes : la première est divisée en trois parties : CU 1, CU 2 et CU 3; la deuxième colonne reprend le numéro de chacune des situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins — elles sont numérotées de 1 à 27 pour le CU 1, de 1 à 18 pour le CU 2, et de 1 à 24 pour le CU 3, le titre de ces situations et les endroits où elles se sont produites; la troisième colonne donne une description de chacune de ces situations; puis la quatrième colonne met en évidence les mots qu'ont employés les membres pour les qualifier — ces mots seront traités dans le chapitre 7 de la thèse, car il s'agit d'un aspect du traitement des situations par les comités, soit la manière dont ils les qualifient, leur donne une importance, etc.

À la lecture du tableau 9, on constate que les situations soumises aux CU, ou dont ils sont témoins, constituent de la maltraitance ou s'y apparentent, puisqu'elles englobent toutes les caractéristiques suivantes : un rapport (ou une relation) de confiance unissant les acteurs; dans lequel l'un d'eux ne respecte pas les obligations qu'il a envers l'autre (ou les autres) dans le cadre de ce rapport (considération, soutien, devoirs, droits), en commettant de la violence ou de la négligence; ce qui trahit les attentes, fausse la relation et engendre des conséquences.

Nous pouvons regrouper ces situations ou les classer selon le type de rapport entretenu entre les acteurs et les obligations qu'ils ont les uns envers les autres dans le cadre de ces rapports — ces obligations établissent la *confiance* sur laquelle se fondent ces relations.

### ***6.2.1 Les types de rapports au sein desquels il y a de la maltraitance***

Il se dégage des situations discutées au sein des trois CU, cinq grands types de rapports au sein desquels il peut y avoir de la maltraitance.

### 1. Rapport d'un membre du personnel<sup>26</sup> à un usager<sup>27</sup>

Dans ce rapport entre un membre du personnel et un usager ou un résident, le second dépend du premier pour la satisfaction de ses besoins et la protection de son intégrité morale, psychique et physique. Autant qu'il lui est permis de le faire dans le cadre de ses fonctions, le membre du personnel doit assurer cette satisfaction et cette protection. La maltraitance se manifeste lorsque le membre du personnel ne fait pas tout ce qui est en son pouvoir pour répondre aux besoins de l'utilisateur ou du résident et qu'il n'assure pas, ainsi, le respect de son intégrité — un droit selon la *Charte des droits et libertés de la personne* (art. 1, Charte, dans MSSS, 2006a). Il abuse de la vulnérabilité et de la dépendance de l'utilisateur ou du résident plutôt qu'assurer son confort et sa protection.

Cela se produit lorsque les membres du personnel n'administrent pas de façon appropriée les soins ou les services aux usagers. Dans les CHSLD par exemple, une préposée aux bénéficiaires aurait gavé une résidente, en ne lui laissant pas le temps d'avaler entre chaque cuillerée (entrevue, coordonnatrice du CU 1; situation 11); des préposées auraient utilisé des techniques inappropriées violentes pour faire faire les transferts ou les pivots aux résidents (entrevue, membre du CU 3, 18 décembre 2014; situation 13); une infirmière aurait exercé une force physique sur un résident pour qu'il avale ses médicaments (entrevue, membre du CU 3, 18 décembre 2014; situation 22); un membre du personnel n'aurait pas placé pas la toile d'un lève-personne comme il se doit

---

<sup>26</sup> Les membres du personnel concernés sont travailleuses sociales, préposés(es) aux bénéficiaires, infirmières, infirmières auxiliaires, assistantes-infirmières, médecins, coiffeuse, chef de service, gardiens de sécurité, mais aussi bénévoles (membres des CU ou non). Les bénévoles font partie du personnel, ils sont soumis aux mêmes règles que tous les employés, ils sont couverts par les assurances de l'établissement, ils sont sélectionnés et font l'objet de vérifications d'antécédents, etc.

<sup>27</sup> Les usagers proviennent des CHSLD, des centres hospitaliers et des RI.

au moment de lever un résident, il aurait manqué de lui « arracher l'oreille » (entrevue, membre du CU 1, 27 mars 2014; situation 17).

Dans certaines de ces situations, les résidents ont ressenti une douleur physique (entrevue, membre du CU 3, 18 décembre 2014; situation 13) et un mal-être psychologique (entrevue, membre du CU 3, 18 décembre 2014; situation 22). Les témoins de ces situations, soit des membres de CU et de CR, qui sont des proches des résidents, ont aussi vécu de l'inquiétude, comme d'avoir peur que la situation se reproduise (entrevue, membre du CU 3, 18 décembre 2014; situation 22), de l'anxiété et de la tristesse (entrevue, membre du CU 1, 27 mars 2014; situation 17).

L'énumération ci-dessus présente des comportements de violence; un membre du personnel malmène un usager. Ces comportements sont nombreux dans les situations portées à l'attention des CU et ils illustrent divers types de maltraitance envers les aînés. Les exemples ci-dessus traduisent des comportements de maltraitance physique sous forme de violence, mais d'autres comportements sont plutôt d'ordre financier ou de violations des droits des usagers (Comité sur la terminologie, 2016).

Par exemple, la coordonnatrice du CU 1 raconte une situation :

« une semaine, la [résidente de CHSLD] se fait couper les cheveux, lavé et placé, ça lui coûte 20 \$, la semaine suivante c'est un 50 \$. (...) c'est pratiquement de l'abus financier, ce n'est pas normal [que la coiffeuse] change de prix d'une personne à l'autre » (entrevue, 26 mars 2015; situation 25).

Cette situation peut traduire de la maltraitance financière sous forme de violence, puisqu'aux dires de la coordonnatrice, la coiffeuse demande un prix exagéré, mais surtout variable, pour les services rendus (Comité sur la terminologie, 2016). Cela a des

conséquences sur les familles, qui se sont senties lésées par le fait que les prix sont arbitrairement fixés; elles se sont d'ailleurs plaintes de cette situation au CR du centre d'hébergement — plusieurs membres de ces familles siègent au CR.

Quant aux comportements des membres du personnel qui violent les droits des usagers, ils se produisent notamment lorsqu'un médecin ne s'informe pas des volontés d'un usager. Par exemple, la coordonnatrice du CU 1 dit ceci :

« un homme âgé (...) s'est fait opérer et à son réveil, il y avait [une dizaine] d'étudiants autour de lui. On ne lui avait pas demandé s'il pouvait y avoir tous ces étudiants-là. (...) Il a dit au médecin : “je ne veux pas avoir les étudiants autour de moi”. Un des commentaires a été [du médecin] : “si tout le monde était comme vous, il n'y a personne qui pourrait apprendre” » (entrevue, 3 décembre 2014, situation 12).

Ici, les comportements inappropriés du médecin peuvent prendre la forme d'une intrusion non consentie dans l'intimité de l'utilisateur, et de propos déplacés, lorsqu'il commente de façon négative le bien-fondé du droit de l'utilisateur de refuser la présence des étudiants.

La suite de cette situation (la 12 du CU 1) permet d'entrevoir que lorsqu'un utilisateur dénonce de tels comportements, il peut en subir des représailles de la part du membre du personnel maltraitant. En effet, la coordonnatrice du CU 1 précise :

« quand il est venu me voir [l'utilisateur], c'est suite à la plainte [qu'il a déposée], on lui a donné raison, mais le médecin n'a plus voulu l'avoir comme usager, comme patient, parce qu'il disait que le lien de confiance était brisé. Il l'a référé à un autre médecin. Moi je disais que c'était des représailles (...) [et l'utilisateur] disait : “je vais devoir recommencer mon histoire avec un autre médecin spécialiste, je trouve ça plate” » (entrevue, 3 décembre 2014).

Cette situation peut traduire une violation des droits de l'utilisateur, et de la maltraitance psychologique sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016), puisque l'utilisateur est déçu du déroulement des événements, de la relation faussée.

Dans la situation 8 du CU 3, un membre raconte une autre situation de représailles, cette fois perpétrées par une chef de services à l'endroit d'une résidente de CHSLD, après que cette dernière ait porté plainte à la commissaire, avec l'aide de ses proches. Il dit ceci :

« [une résidente] avait eu des représailles directement de la chef de service de l'époque (...), on était pratiquement dans une violence verbale venant d'un des membres du personnel sur un client qui s'est plaint. (...) [La chef de service] reprochait à la [résidente] de dire ce qu'elle vivait quoi » (entrevue, 18 décembre 2014).

Après que la résidente ait subi ces représailles, le membre du CU 3 a voulu « travailler le dossier » avec les proches, mais ces derniers ont décliné son offre puisqu'ils ont pensé que c'était « sans espérance de succès » et ont aussi eu peur que la résidente re-subisse de telles représailles. Ils ont préféré la changer de CHSLD; ils étaient épuisés (entrevue, 18 décembre 2014).

Dans la situation 8 du CU 3, tout comme dans la situation 12 du CU 1, des membres du personnel (chef de service et médecin) auraient puni les usagers pour avoir exprimé leurs insatisfactions, lorsqu'ils portent plainte, en leur faisant subir des représailles. Ils ne reconnaissent pas la pertinence, ou ne respectent pas, les mécanismes de protection ou de défense érigés pour le bien-être des usagers.

D'autres comportements de violations des droits des usagers sous forme de violence sont perpétrés par des membres des CU et des CR. Par exemple, la présidente du CU 2 mentionne ceci : « c'est sa façon d'intervenir [à un membre de CR], ça m'avait heurté



très profondément, personnellement, ça a été : “de toute façon, ce monde-là, ça ne devrait pas être ici”. Ce monde-là, c’était le trisomique » (entrevue, 18 février 2015, situation 11). Dans cette situation, le membre du CR semble nier le droit aux services (art. 5, art. 13 et art. 100, LSSSS, MSSS, 2006a) de l’usager « trisomique ». Pour la présidente, ce membre fait de la ségrégation envers l’usager; comme ce dernier a un comportement dérangeant pour les autres — il crie, il s’agite, il n’a pas sa place au CHSLD. Ces propos mettent en lumière le besoin de formation de certains membres des CR, quant aux différentes clientèles évoluant dans les centres d’hébergement, afin que les comportements dérangeants, comme celui du trisomique, ne soient plus perçus comme étant « anormaux » dans ces milieux, et que les bénévoles y soient plus compréhensifs.

Jusqu’à présent, les comportements des membres du personnel décrits traduisent de la violence, mais dans d’autres situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins, les comportements ont plutôt trait à de la négligence. On ne se soucie pas du bien-être de l’usager, par une absence d’action appropriée pour répondre à ses besoins (Comité sur la terminologie, 2016). Cela se produit notamment lorsque les membres du personnel donnent les soins ou les services aux usagers, ou qu’ils ne les donnent tout simplement pas. Par exemple, dans la situation 2 du CU 2, une préposée, en pause, n’aurait pas porté assistance à une résidente qui était en souffrance — elle se grattait intensément et avait déchiré sa culotte d’incontinence, même si elle en avait la responsabilité et qu’elle ait été informée du comportement de la résidente (entrevue, membre du CU 2, 18 février 2015). Cette situation peut traduire de la maltraitance physique sous forme de négligence (Comité sur la terminologie, 2016), mais aussi une violation du droit de la résidente, de

recevoir des services (art. 5, art. 13 et art. 100, LSSSS, dans MSSS, 2006a). Cette situation a causé du tort à la résidente, soit des plaies.

Les comportements de violence ou de négligence commis par les membres du personnel sont parfois de nature intentionnelle, comme dans la situation ci-dessus (la situation 2 du CU 2), et d'autre fois, de nature non intentionnelle (Comité sur la terminologie, 2016). Dans la situation 22 du CU 3 par exemple, un membre du comité dit que son père, hébergé en CHSLD, ne prend pas ses médicaments broyés.

« Une préposée arrive à 4 heures, elle lui apporte ses médicaments, pensant bien faire, elle broie tout cela, les met dans sa compote de pommes, et vient lui donner ça. Mais c'est quand même très amer des médicaments broyés. Lui, il ne prend pas ses médicaments comme ça » (entrevue, 18 septembre 2014).

Dans ce cas, la préposée ne semble pas vouloir intentionnellement causer du tort au résident (Comité sur la terminologie, 2016), mais manque plutôt de vigilance dans les soins qu'elle lui administre.

Il apparaît, enfin, que les membres du personnel ne dénoncent pas systématiquement la maltraitance dont ils sont témoins; ce qui empêche la mise en place de mesures pour éviter que la situation persiste ou se reproduise. Dans la situation 10 du CU 1, par exemple, la coordonnatrice mentionne qu'une résidente de RI a subi de « l'abus financier » de la part de son fils — son tuteur légal, et que les travailleuses sociales au dossier s'en sont doutées, mais qu'elles n'ont pas agi. Elle dit : « pourquoi la travailleuse sociale qui a suspecté, qui savait que ça se produisait, pourquoi il n'y a pas de mesure qui ont été prise? À tout le moins, appeler la police? » (entrevue, 3 décembre 2014). Cette absence de dénonciation par les travailleuses sociales peut traduire un

manquement au droit de la résidente à la protection contre l'exploitation (art. 48, Charte, dans MSSS, 2006a).

## *2. Rapport d'un membre du personnel à un membre de la famille de l'utilisateur<sup>28</sup>*

Dans ce rapport, comme les membres du personnel doivent autant que possible assurer la satisfaction des besoins et la protection des usagers, les membres de la famille des usagers ont envers eux une confiance réelle. Les membres du personnel doivent s'assurer que les décisions prises, concernant le maintien ou le rétablissement de la santé biopsychosociale de l'utilisateur, son confort et sa protection, ne briment pas le bien-être social et psychologique des membres de la famille lorsqu'ils jouent un rôle dans ces soins et ces services. La maltraitance survient lorsque ces obligations ne sont pas respectées.

Par exemple, dans la situation 8 du CU 1, la coordonnatrice raconte :

« la jeune fille est hospitalisée en psychiatrie. (...) [Elle] n'allait vraiment pas bien, elle avait de graves problèmes psychologiques. (...) Puis, elle a un congé temporaire, donc la famille [ses parents âgés] l'accueille à la maison, mais ça ne se passe vraiment pas bien. (...) ils ramènent la jeune fille à l'hôpital le lundi et son congé définitif est signé avant même de parler à la famille, à savoir comment c'était passé le congé temporaire, si eux sont prêts à la reprendre parce qu'elle ne peut pas vivre seule. (...) ils n'ont pas été écoutés du médecin, ils n'ont pas été consultés » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans cette situation, le psychiatre aurait négligé de consulter les parents aînés de l'usagère avant la signature de son congé définitif. Ce qui peut traduire de la maltraitance psychologique sous forme de négligence (Comité sur la terminologie, 2016); il ne s'est pas soucié du bien-être psychologique des parents, qui ont peur de

---

<sup>28</sup> Dans les rapports 2 et 3, les personnes présumées maltraitées ne sont pas nécessairement des personnes aînées, mais il s'avère pertinent de documenter ces rapports pour avoir une vue d'ensemble plus complète des rapports et de la dynamique entre les différents individus et groupes.

reprendre leur fille à la maison, étant donné qu'elle a été violente envers eux lors de son congé temporaire. Cette situation soulève des interrogations quant aux conditions de rétablissement de l'usagère.

Dans la situation 13 du CU 1, la coordonnatrice raconte un autre incident :

« le panier de linge que l'on retournait à la maison, parce que la famille avait décidé de faire le lavage des vêtements [des résidents en CHSLD], on retrouvait des vêtements avec des selles dedans, des selles dures. Pas rincés du tout (...). Il y a du linge qui a dû être jeté aux poubelles. Ce n'est pas agréable d'ouvrir un sac de linge comme ça. Tu t'attends à ce que ce soit du linge sale, mais pas à ce qu'il y ait des excréments » (entrevue, 26 mars 2015).

Cette négligence, de la part des membres du personnel, qui ne rincent pas les vêtements des résidents avant de les retourner aux familles, peut affecter la « collaboration » de ces derniers dans les services apportés à leur proche hébergé (ex. pour laver les vêtements). Les familles peuvent vivre cela comme un manque de respect de la part du personnel.

### *3. Rapport d'un usager à un membre du personnel.*

Dans ce rapport, l'usager a des obligations envers le membre du personnel, soit de le traiter avec considération et respect, et de ne pas exiger plus qu'il n'a droit. Il arrive cependant qu'un usager puisse exprimer peu, voire pas de considération ni respect envers eux. La genèse de son comportement violent est souvent la maladie.

Dans les CHSLD par exemple, des résidents auraient dénigré les membres du personnel et les auraient considérés comme des « serviteurs ». La présidente du CU 2 raconte :

« le personnel qui les traitait [deux résidents], souvent, sortait en pleurant des chambres. Il n'était plus capable de les tolérer. Leurs exigences étaient démesurées. C'était du genre, je garroche mes affaires à terre, puis ramasse-moi ça! [Ils disaient cela aux membres du personnel] » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 10).

Dans cette situation, nous n'avons toutefois pas l'âge des membres du personnel, mais si nous appliquons la terminologie de la maltraitance envers les aînés aux gens de tout âge, on peut avancer qu'il s'agit de maltraitance psychologique sous forme de violence; le dénigrement est un indice de ce type de maltraitance (Comité sur la terminologie, 2016).

Dans la situation 24 du CU 1, la coordonnatrice et la présidente du comité mentionnent que des résidents ont des propos déplacés à l'endroit des membres du personnel, les traitent de différents noms, leur lancent des objets ou crachent sur eux (entrevue, coordonnatrice et présidente, 3 décembre 2014).

Souvent, les résidents qui ont de tels comportements présentent des atteintes cognitives. Cela n'empêche toutefois pas que, pour certains membres du personnel, ces comportements ou attitudes hostiles peuvent affecter la qualité des soins et des services qu'ils administrent aux résidents. La présidente du CU 1 dit ceci : « le préposé s'est fait blesser, alors [la résidente], il ne l'aime plus; le côté un peu chaleureux de la relation [est perdu].... » (entrevue, 3 décembre 2014).

En dépit de la maltraitance subie, les membres du personnel doivent continuer d'administrer les soins et les services aux résidents. La présidente du CU 2 mentionne : « le problème, c'est qu'il [un résident maltraitant] (...) fait encore suer le personnel. Personne ne veut aller dans la chambre. Ils envoient quelqu'un et c'est bien sûr que quelqu'un y va, mais... » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 10). On sent, dans cet extrait, la réticence des membres du personnel à donner, ou à continuer de donner, les soins ou les services au résident maltraitant; on peut penser que cela peut devenir un

facteur de risque à la maltraitance perpétrée par les membres du personnel maltraités à l'endroit des résidents maltraitants.

#### *4. Rapport d'un usager à un autre usager*

Ce rapport existe principalement dans les centres d'hébergement où des résidents cohabitent. Dans ces milieux, en principe, chaque résident a droit à la même considération, à la même protection et aux mêmes services. La maltraitance ou le malaise survient lorsque le respect des droits de l'un se fait au détriment des droits des autres.

Par exemple, les droits à l'autonomie (art. 11, C.c.Q., dans MSSS, 2006a) et à l'égalité (art. 10, Charte, dans MSSS, 2006a) de la personne démente, dans les CHSLD, peut conduire à tolérer des conduites agressantes ou dérangeantes pour les autres. Dans la situation 11 du CU 2, la présidente dit :

« il n'y a pas question de tolérer que quelqu'un soit maltraité [un résident trisomique hébergé], mais ça dérange quelqu'un qui crie tout le temps, c'est fatigant [pour les autres résidents] (...) en même temps, je ne peux pas le contentionner (...) l'assommer à longueur de journée. C'est un milieu de vie communautaire » (entrevue 5 novembre 2014).

Les propos de la présidente illustrent les défis posés par l'intervention auprès des résidents ayant des comportements dérangeants dans les CHSLD, qui sont des milieux de grande promiscuité.

Des résidents atteints de troubles cognitifs peuvent également commettre de la maltraitance physique sous forme de violence à l'égard des autres résidents : les frapper (entrevue, présidente du CU 2, 5 novembre 2014; situation 3), à coup de soulier ou avec leur fauteuil roulant (entrevue, membre du CU 2, 18 février 2015; situation 18), les

taper, les pousser et les bousculer (entrevue, président du CU 3, 22 septembre 2014; situation 4). Ces comportements peuvent avoir de lourdes conséquences. Par exemple, le président du CU 3 mentionne ceci : « par rapport à une des deux unités prothétiques, ma conjointe, sa tante était là et elle a été bousculée par une autre résidente (...). La dernière fois qu'elle a été bousculée, une semaine après, elle est morte » (entrevue, 22 septembre 2014; situation 4).

Dans les CHSLD, certaines situations plus taboues méritent aussi attention, tels des résidents aux prises de déficits cognitifs, dont la désinhibition, qui les entraîne à commettre des gestes sexuels inadéquats. La coordonnatrice du CU 1 mentionne à cet effet qu'un résident s'introduit dans la chambre de sa voisine résidente pour y faire des attouchements non consentis (entrevue, 26 mars 2015; situation 15). Cette situation peut traduire de la maltraitance physique et sexuelle sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016), puisque la résidente se retrouve avec des lésions vaginales et des champignons. Dans une autre situation du même ordre (la 7 du CU 1), la résidente, qui subit de tels intrusions et comportements, ressent un mal-être psychologique. La coordonnatrice du CU 1 reprend les propos de la résidente et dit ceci : « “je n'aime pas ça et je ne me sens pas en sécurité. Je me sens menacée”. C'est comme ça qu'elle se sentait » (entrevue, 26 mars 2015).

##### *5. Rapport d'un membre de la famille de l'utilisateur à l'utilisateur.*

Un rapport familial, en principe, est fondé sur le soutien mutuel et la solidarité : les membres d'une famille doivent se protéger et s'aider. Dans les situations de maltraitance, un membre de la famille abuse doublement des obligations de solidarité familiale, lorsque d'une part, il s'empare de l'argent de la personne aînée, comme si ça

lui revenait forcément, et d'autre part, qu'il profite du fait qu'il a peu de chance d'être dénoncé par la personne aînée maltraitée.

Dans les centres d'hébergement, les membres du personnel, dont les membres des CU, soupçonnent que des membres de famille exploitent financièrement leur proche hébergé, mais ils n'ont rien pour le prouver ou le documenter. Cette difficulté à amasser des preuves que ces situations se produisent vient du fait que les résidents ne veulent pas dénoncer les membres de leur famille, soit parce qu'ils ont peur des représailles ou qu'ils souhaitent préserver les liens les unissant. La présidente du CU 2 explique ceci :

« [les membres du personnel] (...) voient bien que Mme une telle n'a jamais de visite sauf quand l'argent sort, mais Mme une telle ne veut rien dire (...) les situations familiales, c'est comme la violence familiale, c'est très difficile de les faire sortir. Les gens en CHSLD ont toujours peur de porter plainte parce qu'ils se disent que ça va être pire » (entrevue, 18 février 2015; situation 13).

Les propos de la présidente montrent que les résidents ne veulent pas porter plainte, entre autres, parce qu'ils ont peur des représailles qui pourraient leur être perpétrées par les membres de leur famille. Les membres du personnel hésitent à défendre les droits des résidents, qu'ils soupçonnent être maltraités, puisqu'ils ont également peur de ces représailles; celles qui pourraient être commises aux résidents par les membres de leur famille.

Un usager aux prises de problèmes psychologiques peut également être violent envers les membres de sa famille lorsque sa médication n'est pas bien ajustée. Ces comportements peuvent venir perturber le soutien et la solidarité familiale, puisque les parents peuvent éprouver des sentiments contradictoires envers l'usager, soit la peur d'être violenté et l'amour. Dans la situation 8 du CU 1 par exemple, la mère d'une



usagère mentionne ceci : « sa médication n'est pas encore bien ajustée [à l'usagère]. Elle a été violente (...). Je l'aime, c'est mon enfant, mais je ne peux pas la prendre comme ça chez moi. On en a peur » (entrevue, coordonnatrice du CU 1, 3 décembre 2014).

Tableau 10 : Nature des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU

---

Elles se produisent dans 5 types de rapports où il devrait y avoir de la confiance :

- un des acteurs ne respecte pas les obligations — considération, soutien, droits, devoirs — qu'il a envers l'autre (ou les autres), en commettant de la violence (V) ou de la négligence (N); le non-respect de ces obligations trahit les attentes, fausse la relation et engendre des conséquences.

*Rapport membre du personnel/usager (53/69 situations)* — quand il n'administre pas ou pas de façon appropriée les soins/services à l'usager :

- comportements = maltraitance (M) physique (V ou N), M psychologique (V ou N), âgisme (V), M financière (V) ou violations des droits des usagers (V ou N);
- parfois intentionnels, et d'autres fois, non;
- causent du tort aux usagers : douleur physique ou mal-être psychologique, et aux personnes témoins, dont aux membres des CU et des CR qui sont des proches : inquiétude, anxiété, tristesse.

*Rapport membre du personnel/famille (4/69 situations)* — quand il prend des décisions concernant le maintien/rétablissement de la santé de l'usager, son confort ou sa protection, qui briment le bien-être psychologique/social du membre de la famille lorsqu'il y joue un rôle;

- comportements = M psychologique (N) + un manque de respect à l'égard des familles;
- font obstacle à l'implication de ces dernières dans les soins/services à l'usager.

*Rapport usager/membre du personnel (2/69 situations)* — surtout en CHSLD, quand un résident n'exprime aucune considération ni respect envers le membre du personnel;

- comportements = M physique ou psychologique (V);
- peuvent influencer la qualité des soins administrés par les membres du personnel qui les subissent ou faire en sorte que la relation entre l'usager maltraitant et le membre du personnel maltraité soit plus tendue, moins chaleureuse.

*Rapport usager/usager (7/69 situations)* — surtout en CHSLD, quand le respect des droits d'un résident se fait au détriment des droits d'un autre ou quand des résidents atteints de déficits cognitifs/psychologiques importants ont des comportements violents à l'égard des autres résidents;

- comportements = violations des droits des usagers ou M physique ou sexuelle (V);
- causent du tort aux usagers : douleur physique, mal-être psychologique, et dans les cas extrêmes de V physiques, une accélération de la mort.

*Rapport famille/usager (3/69 situations)* — entre autres, quand il s'empare de l'argent de l'usager en profitant du fait qu'il a peu de chance d'être dénoncé par ce dernier;

- comportements = M financière (V).
- 

## 6.2.2 Les causes de la maltraitance

Après ce qui vient d'être exposé, nous pouvons nous demander : qu'est-ce qui conduit des individus à manquer à leurs obligations et conduites attendues en regard du rapport

(ou de la relation) qu'ils entretiennent avec autrui? Différents facteurs individuels et organisationnels se dégagent de l'examen des situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins.

- *Le manque individuel d'empathie et de compréhension de l'autre*

Cela se produit lorsqu'un membre du personnel n'intervient pas de façon appropriée vis-à-vis un usager qui a un comportement dérangeant; il peut perdre patience envers lui. Par exemple, un membre du CU 3 dit ceci : « [une résidente] (...) s'est mise à crier et tout ça (...) la préposée, au lieu de la calmer (...) elle [l'] a agrippée par le bras et elle l'a trainée vraiment dans sa chambre (...) » (entrevue, 18 septembre 2014; situation 14). Cette situation peut traduire de la maltraitance physique sous forme de violence, car selon les propos du membre du comité, la résidente est malmenée (Comité sur la terminologie, 2016).

Un membre du personnel peut aussi perdre toute empathie envers l'utilisateur, ne plus être capable de se mettre à sa place et de reconnaître ses besoins, lorsque l'utilisateur exprime son mécontentement à l'égard des soins, des services et des membres du personnel. Par exemple, la présidente du CU 2 raconte :

« [un résident de CHSLD] se plaignait de ne pas avoir les soins. (...) que son fils pourrait le placer dans la région d'Ottawa et qu'il serait pas mal mieux, que le monde avait plus d'allure là-bas. Alors je lui ai dit : allez-y à Ottawa » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 10).

- *Le manque de respect, de considération envers l'autre*

Cela se produit lorsque les membres du personnel ne changent pas les culottes d'incontinence souillées des résidents des centres d'hébergement de tout l'après-midi (aux dires d'un membre du CU 2) (observation CU 2, 10 septembre 2014; situation 2).

Les membres du personnel ne portent alors pas assistance immédiatement ou rapidement à l'hygiène des résidents — lorsqu'ils sont souillés ou qu'ils ont des besoins liés à l'hygiène, malgré qu'ils soient responsables de ces personnes en situation de dépendance. Cela peut traduire de la maltraitance physique sous forme de négligence (Comité sur la terminologie, 2016).

Selon le président du CU 3, des membres du personnel se seraient même adressés aux résidents en leur disant : « fais-le dans ta couche et je vais te changer tantôt! » (entrevue, 19 mars 2015; situation 2). Ces paroles peuvent traduire de la maltraitance psychologique sous forme de violence (paroles humiliantes) (Comité sur la terminologie, 2016), et un manque de respect à l'endroit des résidents.

Il arrive également, toujours selon le président du CU 3, que des préposées aux bénéficiaires prennent leur pause sur les unités d'un CHSLD ou au poste des infirmières, et qu'elles discutent avec d'autres employés qui ne sont pas en pause; cela fait en sorte que les employés qui ne sont pas en pause ne répondent pas aux besoins des résidents pendant ce temps (entrevue, 22 septembre 2014; situation 2).

Aux dires d'un membre du CU 3, certains membres du personnel ne respectent pas, non plus, les capacités et le rythme des résidents, en retirant le repas des individus qui ont de la difficulté à manger avant qu'ils aient terminé; ils ne leur laissent pas le temps de terminer leur repas (entrevue, 18 décembre 2014; situation 7).

Ce même membre du CU 3 précise aussi que des membres du personnel portent en dérision les objets personnels des résidents (observation CU 3, 16 octobre 2014;

situation 20). Ce genre de comportements peut traduire de la maltraitance psychologique sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016); un manque de respect.

Le manque de respect ou de considération envers l'autre est principalement le fait d'un membre du personnel envers un usager, mais il arrive qu'un usager, par divers comportements inappropriés, puisse manquer de respect et de considération envers un membre du personnel ou un autre usager. Cela se produit aussi lorsqu'un membre de famille exploite financièrement son proche hébergé, il lui manque de respect et de considération.

- *Le manque de ressources, de personnel*

Dans les ESSS, le manque de personnel peut contribuer à la perpétration de maltraitance envers les aînés. Par exemple, selon la coordonnatrice du CU 1, par manque de personnel de sexe féminin dans un CHSLD, une résidente s'est vue imposer un bain par un préposé homme, alors que son dossier précisait l'importance que ce soit fait par une femme — la résidente a été victime de viol dans son enfance. Le préposé homme lui a dit : « il n'y en a pas de préposée femme pour vous le donner, c'est moi qui vous le donne » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 2). Cette situation peut traduire une violation des droits de la résidente sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016). Dans ce cas, un manque d'empathie a aggravé la situation.

Le manque de personnel peut aussi affecter les délais de réponses aux besoins des usagers. Dans la situation 5 du CU 1 par exemple, aux dires de la coordonnatrice du CU 1, cela prend une heure avant que le personnel se déplace au chevet d'un résident de CHSLD ayant chuté dans sa chambre, même si sa famille a sonné la clochette à

plusieurs reprises pour obtenir de l'aide (entrevue, 3 décembre 2014). De tels délais de réponse peuvent faire en sorte que les résidents souffrent plus longtemps avant de recevoir de l'assistance lorsqu'ils sont blessés; qu'ils ont une hanche brisée par exemple (observation CU 1, 26 novembre 2014; situation 5) ou des plaies (entrevue, coordonnatrice du CU 1, 3 décembre 2014; situation 6).

Le manque de personnel peut aussi faire en sorte que des soins ou des services ne sont pas donnés aux usagers. Dans un CHSLD par exemple, selon la coordonnatrice du CU 1, les résidents n'ont pas été lavés et habillés pendant plusieurs jours (entrevue, 3 décembre 2014; situation 3). Là encore, la maltraitance se traduit par un manque de soins et d'assistance (une violation du droit de recevoir des services des résidents) (art. 5, art. 13 et art. 100, LSSSS, dans MSSS, 2006a).

Le manque de personnel peut également affecter la surveillance de la qualité des soins et des services administrés aux résidents — ou le contrôle de cette qualité. Dans la situation 13 du CU 3 par exemple, un membre du comité précise que « des procédures (...) glissent à travers le temps. Mais comme on n'a pas le personnel pour réviser ça (...), est-ce que nous sommes bien dans les applications exemplaires? Non » (entrevue, 18 décembre 2014; situation 13).

Le manque de personnel peut aussi avoir un impact sur la sécurité des résidents. Un membre du CU 2 dit ceci : « ça manquait de surveillance. Il y avait une résidente en fauteuil roulant, et quand elle passait à côté des autres résidents, à la salle à manger, elle les frappait avec sa chaise. Une fois, elle a même pris son soulier et elle a frappé un résident. Il manquait de personnel durant les repas » (entrevue, 18 février 2015;

situation 18). Ces comportements sont des exemples de maltraitance physique sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016).

Selon les membres du CU 1, le manque de personnel dans les ESSS provient du fait que le système pour assurer les remplacements des employés pose problème, en raison d'appels à la dernière minute et d'un manque de disponibilité des remplaçants (observation CU 1, 27 mars 2014).

- *Le manque de formation ou le peu de formation adéquate offerte*

Le manque de formation peut faire en sorte que certains membres du personnel n'interviennent pas de façon adéquate envers les usagers qui ont des comportements dérangeants. Un membre du CU 3 raconte ceci :

« une [résidente de CHSLD] (...) voulait entrer dans l'enceinte pour la messe, mais on ne lui a pas permis. Elle s'est mise à crier (...). La bénévole, en ne sachant pas comment intervenir (...) elle l'a tassée dans le fond (...) » (entrevue, 18 décembre 2014; situation 11).

Dans cette situation, selon les propos du membre du comité, comme la bénévole ne savait pas comment intervenir pour calmer la résidente en crise, elle l'a plutôt malmené en la plaçant en retrait, et stimulé l'escalade de son comportement. Les autres résidents ne pouvaient plus profiter de leur activité spirituelle, puisque la résidente décompensait bruyamment. Cette situation peut traduire de la maltraitance psychologique sous forme de négligence (le rejet de la résidente), et de la maltraitance physique sous forme de violence (le fait de malmener la résidente) (Comité sur la terminologie, 2016).

Certains membres du personnel semblent ne pas savoir, non plus, comment s'adresser de façon adéquate aux résidents des CHSLD. La coordonnatrice du CU 1 mentionne effectivement que des gardiens de sécurité parlent d'emblée très fort aux résidents, en

raison de leur âge, qu'ils aient des problèmes d'audition ou non (entrevue, 3 décembre 2014; situation 1). Cela montre l'importance de former le personnel qui œuvre auprès des aînés, au sujet du vieillissement et de la maltraitance, pour prévenir les situations préjudiciables (ex. âgisme) et contribuer au maintien de la dignité des résidents (art. 4, Charte, dans MSSS, 2006a).

Un manque de vigilance peut aussi découler d'un manque de formation. Cela se produit notamment lorsque des membres du personnel ne consulteraient pas les dossiers des usagers avant de leur donner leurs soins et leurs services; ce qui fait qu'ils seraient inadéquats, inadaptés ou non dispensés. La coordonnatrice du CU 1 raconte une situation : « il y avait une nouvelle préposée, j'imagine, qui n'avait pas bien regardé, puis elle n'a pas donné d'insuline à [un résident de CHSLD] qui était diabétique » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 9). Cette situation peut traduire de la maltraitance physique et une violation des droits de l'utilisateur sous forme de négligence (ex. le droit de recevoir les soins et les services que requiert son état [art. 7, LSSSS, dans MSSS, 2006a]).

Il importe de rappeler ici que la maltraitance envers les aînés peut être intentionnelle ou non (Comité sur la terminologie, 2016). Dans les situations ci-dessus, la maltraitance semble être de nature non intentionnelle, car les membres du personnel ne paraissent pas vouloir causer du tort aux usagers, mais plutôt manquer de formation pour bien intervenir auprès d'eux ou pour bien s'adresser à eux.

- *L'application rigide ou étroite de règles*

Une application rigide ou étroite de règles peut limiter les choix et les droits des usagers qui perdent tout contrôle sur leurs routines ou habitudes de vie. En CHSLD par exemple, cela se produit lorsqu'on impose le coucher de tous les résidents à 21 h, même si certains d'entre eux souhaitent veiller plus tard (entrevue, membre du CU 3, 18 décembre 2014; situation 9). Un membre du CU 2 tente une explication : « les employés font cela pour prendre de la vitesse. Quand ils ont du temps, ils s'avancent » (observation CU 2, 10 septembre 2014; situation 16). Les règles semblent ainsi être appliquées mécaniquement pour des raisons d'efficacité ou simplement de convenance pour le personnel.

Une application rigide ou étroite des règles peut également entraver la possibilité des résidents de satisfaire leurs besoins. La coordonnatrice du CU 1 mentionne, par exemple, que les attouchements entre les résidents ne sont pas tolérés dans les établissements, même si certains d'entre eux ont encore des besoins sexuels (entrevue, 26 mars 2015; situation 15).

La maltraitance peut même découler du respect du droit de l'utilisateur à refuser un traitement. La présidente du CU 2 raconte :

« une [résidente] (...) a un problème cognitif, elle avait une plaie et (...) refusait de changer son pansement. L'infirmière se disait : "elle refuse, elle refuse". (...) La situation était rendue grave. (...) Il fallait que l'infirmière intervienne, mais elle ne l'a pas fait » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 12).

La question suivante se pose alors : le respect d'un droit justifie-t-il le fait de ne pas donner les soins appropriés aux résidents, de sursoir à ses obligations?



- *L'obligation d'appliquer des règles*

Les membres du personnel, en CHSLD notamment, sont parfois contraints d'appliquer des règles sans nécessairement les approuver. Dans la situation 4 du CU 1, par exemple, la coordonnatrice précise que des membres du personnel refusent de changer la culotte d'incontinence d'une résidente qui le demande parce que le contenu de sa culotte n'a pas atteint le seuil de la petite ligne bleue d'absorption (entrevue, 3 décembre 2014). Étant donné la règle minimale d'absorption à atteindre avant tout changement, les membres du personnel semblent avoir les mains liées. Cela peut traduire de la maltraitance organisationnelle (Comité sur la terminologie, 2016), ainsi qu'une violation du droit à la sauvegarde de la dignité de la résidente (art. 4, Charte, dans MSSS, 2006a).

- *La maladie*

Certaines maladies, tels les troubles cognitifs ou les problèmes psychologiques, peuvent contribuer à la maltraitance dans les ESSS. Un usager aux prises de ces pathologies par exemple, peut être maltraitant à l'endroit des membres du personnel, des membres de sa famille ou des autres usagers. La coordonnatrice du CU 1 dit ceci :

« on distribuait les calendriers (...), le [résident de CHSLD] a des problèmes cognitifs. (...) les insultes qu'il m'a dites quand je suis entrée et les commentaires salaces. (...) Je sais que c'est sa maladie qui fait ça » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 24).

De tels commentaires peuvent traduire de la maltraitance psychologique sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016).

Pour atténuer les comportements de violence perpétrés par les résidents aux prises de troubles cognitifs ou psychologiques, la médication semble jouer un rôle crucial. Le président du CU 3 mentionne ceci :

« la [résidente] costarde qui écrasait l'autre, ça faisait deux semaines qu'elle était là seulement (...) Quand quelqu'un arrive [au CHSLD], avant que le comité se penche sur la médication, la personne peut être plus agressive » (entrevue, 19 mars 2015; situation 4).

Dans les ESSS, les membres du personnel sont aussi parfois contraints d'imposer des contentions physiques ou chimiques à des personnes agressives, qui ont des traumatismes crâniens ou des problèmes de santé mentale (ex. des schizophrènes), puisqu'elles peuvent être dangereuses pour le personnel ou les autres usagers (entrevue, présidente du CU 2, 18 février 2015; situation 14).

En somme, à la lumière des informations qui viennent d'être présentées, et en guise de synthèse entre les deux parties de cette section de la thèse — soit celle sur les types de rapports au sein desquels il y a de la maltraitance, et celle sur les causes de la maltraitance, il importe de retenir deux choses. D'abord, les facteurs individuels (empathie, respect) ou organisationnels (ressources, formation, règlements) ont une influence sur les cinq types de rapports, soit ceux entre un membre du personnel et un usager (ex. violence, négligence, violation des droits, manque de considération); entre un membre du personnel et un membre de la famille de l'utilisateur (ex. négligence, irrespect); entre un usager et un membre du personnel (ex. comportements méprisants ou agressifs causés par la maladie auxquels on réagit mal par manque de formation ou de compréhension de la condition de l'utilisateur); entre un usager et un autre usager (ex. interventions inappropriées face aux comportements perturbateurs); et entre un membre de la famille d'un usager et l'utilisateur (ex. maltraitance financière non dénoncée). Ensuite, ces facteurs peuvent se cumuler, ou non, et aggraver la situation. Un manque de personnel, par exemple, peut favoriser une application rigide ou étroite de règles par le

personnel ou être aggravée par un manque d'empathie. Des enjeux de violations des droits sont présents dans les cinq types de rapports, dans différents types de maltraitance.

Tableau 11 : Causes des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU

---

*Facteurs individuels :*

- le manque de respect et de considération envers l'autre;
- le manque individuel d'empathie et de compréhension de l'autre;
- la maladie.

*Facteurs organisationnels :*

- le manque de ressources, de personnel;
- le manque de formation ou le peu de formation adéquate offerte;
- l'application rigide ou étroite de règles;
- l'obligation d'appliquer des règles.

Ces facteurs ont une influence sur les 5 types de rapports, car ils contribuent à ce qu'une ou des personnes manque à leurs obligations et conduites attendues, et ils peuvent se cumuler et aggraver la situation.

---

### **6.3 Caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes : les rapports de pouvoir et les stratégies**

Au cœur des situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins, des rapports de pouvoir se créent entre les personnes maltraitées et les personnes maltraitantes, en fonction de diverses stratégies. Cela se produit dans les quatre types de rapports suivants : entre un membre du personnel et un usager; entre un membre du personnel et un membre de la famille de l'utilisateur; entre un usager et un membre du personnel; et entre un membre de la famille d'un usager et l'utilisateur, lorsque la personne maltraitante tente simultanément de : 1) contraindre l'autre personne, soit celle maltraitée, pour combler ses propres exigences (stratégies offensives), et 2) d'échapper aux contraintes organisationnelles pour protéger sa propre marge de liberté, de manœuvre, de négociation (stratégies défensives) (Crozier et Friedberg, 1977).

Voyons plus en détail, dans chacun de ces rapports, les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes, ainsi que les rapports de pouvoir qui se créent entre elles, en fonction de leurs stratégies.

Il importe de noter que dans le rapport entre un usager et un autre usager — identifié, aussi, dans la partie précédente de la thèse, il n'est pas possible d'appliquer la théorie de Crozier et Friedberg (1977), car dans toutes les situations de maltraitance entre usagers ou résidents portées à la connaissance des CU, sans exception, les usagers maltraitants sont aux prises de déficits cognitifs ou psychologiques importants. Il n'est donc pas possible de connaître leurs intentions; ce qu'ils cherchent à obtenir. Nous décrivons ici, toutefois, plus en profondeur, les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes, au sein de ce type de rapport.

L'analyse du pouvoir, au sein de ces rapports, permet de mieux comprendre les dynamiques des situations de maltraitance, c'est-à-dire la nature des contraintes qui sont exercées, par de la violence ou de la négligence, mais aussi les raisons pour lesquelles elles sont commises, autant sur les plans individuels, qu'organisationnels. En documentant les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes, cela permet également de mieux comprendre où les acteurs se situent dans ces dynamiques (ex. leur statut), et les « atouts » que les uns ont sur les autres.

### *1. Rapport d'un membre du personnel à un usager*

Dans les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins, les usagers maltraités (ou présumés) par les membres du personnel sont en grande majorité des résidents de CHSLD (situations 1, 2, 3, 4, 5, 9, 11, 17, 18, 20 et 25 du CU 1; 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12,

14, 16 du CU2; 2, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 19, 20, 22, 23, 24 du CU 3). Il y a aussi des résidents de RI (situation 26 du CU 1) et des usagers des centres hospitaliers (situations 6 et 12 du CU 1; 4 du CU 2).

Concernant l'état de santé des usagers maltraités (ou présumés), certains d'entre eux sont aux prises de troubles cognitifs (situations 4, 5, 26 du CU 1; 2 du CU 2), comme une démence vasculaire (situation 17 du CU 1), de troubles psychologiques, comme une intelligence limite, une déficience intellectuelle sociale (situation 11 du CU 3), une trisomie (situation 11 du CU 2), un traumatisme crânien, une schizophrénie (situation 14 du CU 2) ou de déficiences physiques, comme une paralysie (situation 4 du CU 1), ou plus largement, une perte d'autonomie. Certains usagers maltraités (ou présumés) sont aussi aux prises de certaines pathologies, comme la C. difficile (situation 6 du CU 1).

Les usagers maltraités (ou présumés) se trouvent en situation de dépendance à l'égard des membres du personnel, puisqu'ils dépendent d'eux pour recevoir leurs soins et leurs services : comme pour recevoir leurs médicaments, se laver, changer leurs culottes d'incontinence, s'habiller, aller à la toilette, se nourrir, se lever ou se coucher, se faire coiffer ou assurer leur sécurité (ex. les gardiens de sécurité). Ils dépendent des membres du personnel pour assurer leur confort ou leur protection.

Les membres du personnel — de soins ou non, qui maltraitent les usagers ou qui sont présumés de le faire sont médecin (situation 12 du CU 1), infirmières (situations 3 et 18 du CU 1; 12 du CU 2; 19 et 22 du CU 3), préposées aux bénéficiaires (situations 2, 9, 11, 18 du CU 1; 2, 9 du CU 2; 2, 4, 5, 13, 14 du CU 3), travailleuses sociales (situation 26 du CU 1), chef de service (situation 8 du CU 3), coiffeuse (situation 25 du

CU 1), gardiens de sécurité (situation 1 du CU 1), et bénévoles, dont des membres des CU et des CR (situations 11 du CU 2; 11 du CU 3).

Les membres du personnel sont en position de pouvoir vis-à-vis des usagers, puisqu'ils sont en mesure de les contraindre au moment de leur administrer leurs soins ou leurs services. Cela se produit notamment lorsqu'un membre du personnel use de force pour donner les soins ou les services à un usager (situations 11 et 17 du CU 1; 9 du CU 2; 13 et 14 du CU 3), telle une infirmière qui exerce une force physique sur un résident pour qu'il avale ses médicaments (situation 22 du CU 3). Un membre du personnel contraint également un usager lorsqu'il lui administre des soins ou des services qui vont à l'encontre de ses volontés, tel un préposé qui menace une résidente de son intention d'agir contre sa volonté pour lui donner son bain (situation 2 du CU 1). Cela se produit aussi lorsqu'un membre du personnel empêche un usager d'exprimer et de mettre en œuvre ses volontés, ou qu'ils les banalisent, comme dans la situation où un médecin commente négativement la légitimité de son droit à refuser la présence des étudiants (situation 12 du CU 1). Un membre du personnel contraint aussi un usager lorsqu'il l'empêche de satisfaire ses besoins (situations 7 et 9 du CU 3), telle une bénévole qui empêche une résidente d'assister à la messe (situation 11 du CU 3). Il peut aussi contraindre un usager lorsqu'il décide de ne pas répondre immédiatement à ses besoins (situations 3 et 4 du CU 1; 2 et 12 du CU 2; 2 du CU 3), ou que par négligence non intentionnelle (Comité sur la terminologie, 2016), il ne pense pas à lui administrer ses soins ou ses services (situation 9 du CU 1).

Les membres du personnel contraignent les usagers afin de satisfaire leurs propres exigences (stratégies offensives), soit de faire leur travail, parfois plus rapidement

(situations 2 et 17 du CU 1; 9 du CU 2), de respecter les règles en usage dans le milieu (situations 23 et 24 du CU 3), lorsqu'ils ne changent pas la culotte d'incontinence d'une résidente parce que son urine n'a pas atteint la petite bleue d'absorption par exemple (situation 4 du CU 1); d'assurer l'apprentissage des médecins apprenants (situation 12 du CU 1); de rattraper le retard dans les tâches (situation 3 du CU 1); de prendre le temps d'avoir du plaisir et de placoter avec les collègues (situations 17 du CU 1; 2 du CU 3); de prendre le temps de prendre ses pauses (situation 2 du CU 2); d'atténuer les comportements perturbateurs (situations 11 du CU 2; 11 du CU 3); de protéger leur santé physique — en appliquant, par exemple, des techniques inappropriées pour faire faire les pivots aux résidents, afin de protéger leur propre dos (situation 13 du CU 3), ou de se protéger tout court — des résidents aux comportements agressifs, dangereux, en mettant en place des contentions (situation 14 du CU 2), et de s'enrichir — la coiffeuse qui demande des prix exagérés et variables pour les services rendus (situation 25 du CU 1).

Les membres du personnel contraignent également les usagers afin d'échapper aux différentes contraintes organisationnelles qu'ils vivent eux-mêmes (stratégies défensives), comme le manque de personnel et de temps dans les ESSS pour réaliser les tâches (situations 2, 3, 5, 6, 20 du CU 1; 2, 4, 16 du CU 2; 5, 14, 19 et 26 du CU 3) et les obligations ou les devoirs à remplir (situation 12 du CU 1). Certains facteurs individuels, tel le manque de connaissances (situations 1 et 9 du CU 1; 11 du CU 2; 11 et 14 du CU 3), peuvent venir aggraver cette contrainte exercée par les membres du personnel envers les usagers.

Lorsque les membres du personnel mettent en œuvre ces stratégies d'action offensives et défensives, ils commettent de la maltraitance envers les usagers en situation de dépendance, pour lesquels ils sont responsables.

Pour se sortir de ces situations contraignantes, des usagers maltraités (ou présumés) vont en parler avec les CU ou les CR (situations 1, 2, 4, 12 du CU 1; 1 du CU 2); ce que vont aussi faire les personnes témoins de ces situations — usagers (situation 11 du CU 1), proches d'usagers (situations 3, 5, 6, 9, 20, 25, 26 du CU 1; 16 du CU 2; 5, 7, 8, 14, 22, 24 du CU 3), bénévoles (situations 25 du CU 1; 11 et 20 du CU 3).

## *2. Rapport d'un membre du personnel à un membre de la famille de l'utilisateur*

Dans les situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins, les membres de famille maltraités (ou présumés) par les membres du personnel sont les enfants des usagers (situation 2 du CU 2), leurs conjoints (situation 27 du CU 1) ou leurs parents (situation 8 du CU 1).

Les membres du personnel maltraitants (ou présumés), quant à eux, sont infirmières (situation 13 du CU 1), préposées aux bénéficiaires (situations 13 du CU 1; 2 du CU 2), caissière de la cafétéria d'un centre hospitalier (situation 27 du CU 1) et psychiatre (situation 8 du CU 1).

Les membres du personnel sont en position de pouvoir vis-à-vis des membres de la famille des usagers, lorsqu'ils les contraignent, de différentes façons.

Par exemple, dans la situation 2 du CU 2, lorsque les préposées aux bénéficiaires maltraitent les résidents de CHSLD en négligeant de répondre à leur besoin d'hygiène — en ne les changeant pas de culottes d'incontinence de tout l'après-midi malgré



qu'elles soient souillées, elles sont en position de pouvoir vis-à-vis des résidents (bien sûr), mais aussi envers un fils âgé d'une résidente, qui n'est pas en accord avec les façons de faire des préposées, les critiquent et leur demande de s'y prendre autrement; les préposées refusent d'entendre et de mettre en application les recommandations du fils, quant à l'administration de ces soins d'hygiène — soit de changer sa mère plus souvent, ce qui brime la confiance du fils envers les préposées — quant au prendre soin de sa mère, et le contraint dans la mise en œuvre de ses volontés — le bien-être de sa mère (entrevue avec le fils de la résidente, qui a assisté à la rencontre du CU 2, 10 septembre 2014). Les préposées agissent ainsi pour satisfaire leur désir d'avoir le temps de remplir toutes les autres tâches qu'elles ont à assumer (stratégies offensives).

Dans la situation 27 du CU 1, la contrainte est perpétrée plutôt par la caissière de la cafétéria d'un centre hospitalier, lorsqu'elle fait pression sur le conjoint âgé d'une usagère — il a 80 ans et a des tremblements, pour qu'il se dépêche à payer son repas, sans égard à ses déficits physiques La coordonnatrice du CU 1 raconte la situation :

« un monsieur (...) âgé (...) accompagne sa dame [pour] des examens. (...) Il dit : “(...) je ne suis pas rapide. J'ai une canne, puis j'ai le cabaret dans une autre main, (...) j'ai de la difficulté parce que la cafétéria, elle est bondée de monde à l'heure du dîner”. On lui dit : “vous ne pouvez pas aller plus vite?” [Dans le sens “pouvez-vous vous dépêcher, je n'ai pas que vous à servir”]. Le monsieur m'a dit : “je me suis senti jugé, démuné (...) déstabilisé (...) désemparé (...). Je veux juste qu'ils prennent conscience qu'on n'est pas tous jeunes, puis qu'on a des capacités réduites. (...) Ce ne sont pas juste les médecins et les infirmières qui ont besoin d'être conscientisés, là c'est le personnel [une caissière] de la cafétéria” » (entrevue, 26 mars 2015).

La caissière a de tels propos puisqu'elle souhaite satisfaire son désir de servir tous les clients dans un temps raisonnable (stratégies offensives).

Dans la situation 8 du CU 1, c'est un psychiatre qui contraint les parents âgés d'une

jeune usagère aux prises de problèmes psychologiques (violente), lorsqu'il ne les consulte pas avant de signer le congé définitif de cette usagère; ce qui oblige les parents à la reprendre chez eux malgré qu'ils en aient peur (stratégies offensives). Dans cette situation, nous ne savons toutefois pas pourquoi le psychiatre a agi ainsi.

Enfin, dans la situation 13 du CU 1, les membres du personnel contraignent les membres de la famille des usagers qui ont décidé de faire le lavage des vêtements de leurs proches hébergés, lorsqu'ils ne rincent pas du tout les vêtements souillés, et que les membres de familles y retrouvent des excréments. Ici, les membres du personnel se déresponsabilisent de certaines tâches (stratégies offensives).

Dans les situations ci-dessus, les membres du personnel contraignent les membres de la famille des usagers pour échapper aux contraintes organisationnelles qu'ils vivent eux-mêmes (stratégies défensives). Par exemple, les membres du personnel, dont des préposées aux bénéficiaires, justifient leurs comportements inadéquats par un manque de temps (situations 13 du CU 1; 2 du CU 2), et dans la situation 27 du CU 1, l'homme âgé maltraité (ou présumé) précise que la cafétéria était bondée.

Pour se sortir de ces situations contraignantes, les membres de familles maltraités (ou présumés) prennent contact avec les CU des CSSS (situations 8, 13 et 27 du CU 1; 2 du CU 2).

### *3. Rapport d'un usager à un membre du personnel*

Dans les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins, les membres du personnel maltraités (ou présumés) par les usagers sont bénévoles (situation 24 du CU 1) et préposées aux bénéficiaires (situations 24 du CU 1; 11 du CU 2). Selon la

coordonnatrice du CU 1, les préposées ont effectivement plus de chance d'être maltraitées par les usagers puisqu'elles sont sur la « première ligne » (entrevue, 3 décembre 2014).

Les usagers maltraitants (ou présumés), quant à eux, sont des résidents de CHSLD (situation 10 du CU 2), dont certains sont aux prises d'atteintes cognitives (situation 24 du CU 1). Les usagers se trouvent en position de pouvoir vis-à-vis des membres du personnel lorsqu'ils exercent un contrôle sur eux au moment de recevoir leurs soins et leurs services.

Dans les situations 24 du CU 1 et 10 du CU 2 par exemple, des résidents ont des comportements violents, humiliants et dégradants envers les membres du personnel afin de satisfaire leur besoin de se retrouver en position de pouvoir sur eux (stratégies offensives). La présidente du CU 2 dit ceci : « j'ai réalisé qu'ils [deux résidents maltraitants] usaient de leurs petits pouvoirs sur le personnel » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 10). On peut penser que les résidents agissent ainsi pour échapper à leurs propres pertes en lien avec le vieillissement, ou bien, pour réagir aux contraintes organisationnelles — procédures, conditions, pratiques, services, qui compromettent l'exercice de leurs droits et libertés (stratégies défensives).

Pour se sortir de ces situations contraignantes, la coordonnatrice du CU 1 dit ceci :

« [les membres du personnel] viennent nous voir [le CU] (...) et souvent, je prends en note. Ils ont des recours aussi, ils peuvent porter plainte. J'en parle à la commissaire sans que ce soit une plainte, ça s'appelle une intervention. Mais quand c'est une intervention, moi je n'ai pas de suivis à ce niveau-là. (...) On a peut-être un travail à faire, mais [les membres du personnel] ont de la difficulté à se confier là-dessus [la maltraitance qu'ils subissent de la part des usagers]. Est-ce que c'est parce qu'ils en parlent aux

ressources humaines directement ou à leur syndicat? (...) Les membres du personnel nous informent » (entrevue, 26 mars 2015).

#### *4. Rapport entre un membre de la famille d'un usager et l'usager*

Dans les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins, les usagers maltraités (ou présumés) par les membres de leur famille sont des résidents de CHSLD (situations 13 du CU 2; 1 du CU 3) et des résidents de RI (situation 10 du CU 1). Certains de ces résidents ont des ennuis de santé (situation 10 du CU 1).

Les membres de famille maltraitants (ou présumés) (situation 13 du CU 2), quant à eux, sont les enfants des résidents (situation 1 du CU 3), et parfois même, l'enfant légalement désigné comme tuteur (situation 10 du CU 1).

Dans ces situations de maltraitance, les membres de famille se trouvent en position de pouvoir sur les résidents, lorsqu'ils les contraignent en s'emparant de leur argent (situations 10 du CU 1; 13 du CU 2; 1 du CU 3), afin de satisfaire leur propre désir de s'enrichir rapidement (situation 10 du CU 1) (stratégies offensives). En soutirant ainsi de l'argent à un proche hébergé, le membre de famille sait qu'il a peu de chance de se faire dénoncer par le proche lui-même, étant donné qu'il a peur des représailles (situation 10 du CU 1) ou qu'il souhaite préserver les liens les unissant (stratégies défensives). En étant « tuteur », le fils d'une résidente par exemple, peut profiter de ce « statut » pour obtenir l'argent ou les biens de sa mère. Il échappe donc aux contraintes organisationnelles ou plutôt juridiques qui sont normalement mises en place pour prévenir ce genre de chose.

Pour sortir les résidents de ces situations contraignantes, les témoins de ces situations, soit les autres membres de la famille des résidents maltraités (ou présumés) (situation 10 du CU 1) ou les membres du personnel (situation 13 du CU 2) communiquent avec le CU des CSSS.

#### *5. Rapport d'un usager à un autre usager<sup>29</sup>*

Dans les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins, les usagers maltraités (ou présumés) par d'autres usagers sont des résidents de CHSLD, dont certains sont aux prises de déficiences physiques, comme une paralysie (situation 15 du CU 1) ou plus largement, une perte d'autonomie (situation 4 du CU 3), ou de troubles cognitifs (situations 3 du CU 2; 4 du CU 3).

Les usagers maltraitants (ou présumés), quant à eux, sont des résidents de CHSLD (situation 18 du CU 2), aux prises de troubles cognitifs (situations 3 du CU 2; 4 du CU 3) ou psychologiques, comme des troubles mentaux (situation 4 du CU 3) ou une démence de type Alzheimer (situations 7 du CU 1; 18 du CU 2; 4 du CU 3), provoquant une certaine désinhibition (situation 15 du CU 1) ou de l'agressivité (situation 4 du CU 3), et de déficiences physiques, comme une perte d'autonomie (situations 7 du CU 1; 18 du CU 2). Certains usagers maltraitants (ou présumés) ont des besoins sexuels (situation 7 du CU 1).

---

<sup>29</sup> Il importe de se rappeler que dans ce type de rapport, il n'est pas possible d'appliquer la théorie de Crozier et Friedberg (1977), car les usagers maltraitants (ou présumés) sont aux prises de déficits cognitifs ou psychologiques importants. Il n'est donc pas possible de savoir leurs intentions; ce qu'ils cherchent à obtenir. Nous précisons toutefois, ici, plus en détail, les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes.

Les usagers maltraitants (ou présumés) se trouvent en position de pouvoir vis-à-vis des autres usagers lorsqu'ils sont en mesure de les contraindre, en raison d'une plus grande capacité ou autonomie physique.

Par exemple, dans la situation 4 du CU 3, une résidente capable de marcher violente une autre résidente en fauteuil roulant, en la poussant. Un membre du CU 3 raconte :

« je voyais entre autres une cliente, poussée par une autre cliente [derrière le fauteuil roulant], qui disait “laisse-moi! Ne pousse pas, je ne veux pas que tu me pousses!” Puis là, elle la pousse, et il y a un genre d'appui-tête et on a pu voir sa tête comme ça, BANG, revoler en arrière! (...) La dame qui a subi cela se tenait la tête par la suite. (...)» (situation 4 du CU 3).

Ce même membre du CU 3 mentionne également que sa sœur a vu une résidente attachée à son fauteuil roulant pour ne pas qu'elle tombe, et qu'une autre résidente lui a donné une tape. « On ne peut pas prévenir ça, ce geste est imprévisible » (entrevue, membre du CU 3, 18 septembre 2014; situation 4).

Le président du CU 3, quant à lui, dit en entrevue :

« par rapport à [un des CHSLD] (...), ma conjointe, sa tante était là et elle a été bousculée par une autre résidente d'une façon, disons la tante 80 livres mouillées, pis l'autre qui mesure 5 pieds 8, qui pèse 230. Quand elle lui donne une poussée, c'est sûr qu'elle revole. (...) Quand quelqu'un arrive, avant que le comité se penche sur la médication, la personne peut être plus agressive » (22 septembre 2014; situation 4).

Un résident de CHSLD peut aussi contraindre une autre résidente lorsqu'il s'introduit dans sa chambre pour commettre des attouchements non consentis (situation 7 et 15 du CU 1).

Pour sortir les usagers de ces situations contraignantes, les membres de leur famille contactent les membres des CU ou des CR (situations 15 du CU 1; 4 du CU 3). Parfois, les membres de ces familles sont membres des CU ou des CR (situations 18 du CU 2; 4

du CU 3). Il arrive également que ce soit les usagers maltraités (ou présumés) eux-mêmes, qui prennent contact avec les CU ou les CR (situation 7 du CU 1).

Tableau 12 : Caractéristiques des personnes maltraitées et maltraitantes : les rapports de pouvoir et les stratégies

---

*Rapport membre du personnel/usager :*

- Usagers maltraités (ou présumés) : généralement des résidents de CHSLD; certains atteints de troubles cognitifs/psychologiques, de déficiences physiques ou de pathologies diverses.
- Membres du personnel maltraitants (ou présumés) : médecin, infirmières, PAB, travailleuses sociales, chef de service, coiffeuse, gardiens de sécurité, bénévoles.

*Pouvoir :*

- les contraignent au moment d'administrer leurs soins/services, pour satisfaire leurs propres exigences (s. offensives), comme de rattraper le retard dans les tâches;
- tentent d'échapper aux contraintes organisationnelles (s. défensives), comme le manque de personnel/de temps.

*Rapport membre du personnel/famille :*

- Membres de famille maltraités (ou présumés) : enfants des usagers, conjoints ou parents.
- Membres du personnel maltraitants (ou présumés) : infirmières, PAB, caissière, psychiatre.

*Pouvoir :*

- les contraignent (ex. en négligent de les consulter) pour satisfaire leurs propres exigences, comme de s'assurer d'avoir le temps de remplir toutes les tâches (s. offensives);
- tentent d'échapper aux contraintes organisationnelles (s. défensives), qui font référence notamment aux manques de personnel/de temps.

*Rapport usager/membre du personnel :*

- Membres du personnel maltraités (ou présumés) : bénévoles et PAB.
- Usagers maltraitants (ou présumés) : résidents de CHSLD.

*Pouvoir :*

- exercent un contrôle sur eux au moment de recevoir leurs soins et services, entre autres, par des comportements violents, humiliants et dégradants (s. offensives);
- tentent d'échapper/réagir aux contraintes organisationnelles, qui briment l'exercice de leurs libertés/droits (s. défensives).

*Rapport famille/usager :*

- Usagers maltraités (ou présumés) : résidents de CHSLD/RI, dont certains ont des problèmes de santé.
- Membres de famille maltraitants (ou présumés) : enfants des résidents (tuteur légal).

*Pouvoir :*

- les contraignent en les exploitants financièrement, pour satisfaire leur désir de rapidement s'enrichir (s. offensive).
- En étant « tuteur » notamment, le membre de famille utilise à son profit son statut pour gérer l'argent de l'usager, et obtenir de façon malhonnête/détournée cet argent (s. défensive).

*Rapport usager/usager :*

- Usagers maltraités (ou présumés) : résidents de CHSLD; certains aux prises de déficiences physiques ou de troubles cognitifs.
- Usagers maltraitants (ou présumés) : résidents de CHSLD, aux prises de troubles cognitifs ou psychologiques importants et de déficiences physiques.

*Pouvoir :*

- les contraignent, en raison d'une plus grande capacité ou autonomie physique, qui leur permet de poser des gestes comme pousser, taper et bousculer.
-

## 6.4 Conclusion du chapitre 6

Grâce à leurs fonctions de défense des droits des usagers, les membres des CU sont informés ou témoins de nombreuses situations de maltraitance dans les ESSS au Québec. Durant l'année étudiée, soit du mois d'avril 2014 à avril 2015, 69 situations de maltraitance (ou présumées) ont effectivement été portées à la connaissance des comités.

La grande majorité de ces situations, soit 52 sur 69 situations, se sont produites dans un CHSLD. On peut alors se poser les questions suivantes : est-ce plus facile pour les CU d'être informés ou témoins des situations de maltraitance qui se produisent dans ces milieux, que dans les autres établissements ou programmes du CSSS? Y a-t-il plus de maltraitance perpétrée dans les CHSLD, que dans les autres établissements ou programmes du CSSS? Ou comme il s'agit de personnes en très grande perte d'autonomie fonctionnelle, sont-elles plus exposées à la maltraitance que dans d'autres établissements?

Dans ce chapitre, nous avons clarifié en quoi les situations soumises aux CU, ou dont ils sont témoins, peuvent constituer ou s'apparenter à de la maltraitance. Plus précisément, nous avons vu que ces situations se produisent dans cinq grands types de rapports où il devrait y avoir de la confiance entre les acteurs, soit entre un membre du personnel et un usager, entre un membre du personnel et un membre de la famille de l'utilisateur, entre un usager et un membre du personnel, entre un usager et un autre usager, et entre un membre de la famille de l'utilisateur et l'utilisateur. Dans ces rapports, l'un des acteurs ne respecte pas les obligations — considération, soutien, droits et devoirs, qu'il a envers l'autre (ou les autres), en commettant de la violence ou de la négligence. Le non-respect de ces obligations trahit les attentes, fausse la relation et engendre des conséquences.



Dans le rapport entre un membre du personnel et un usager, nous avons vu que la maltraitance se produit, entre autres, lorsqu'un membre du personnel n'administre pas de façon appropriée les soins ou les services aux usagers, ou qu'ils ne les administrent carrément pas. Dans les situations de maltraitance relatées par des membres des trois CU, certains comportements des membres du personnel traduisent effectivement de la violence, c'est-à-dire qu'un membre du personnel malmène un usager ou le fait agir contre sa volonté en employant la force notamment (Comité sur la terminologie, 2016). Comme des préposées qui utilisent des techniques inappropriées violentes pour faire faire les transferts ou les pivots aux résidents (entrevue, membre du CU 3, 18 décembre 2014; situation 13). D'autres comportements traduisent plutôt de la négligence, c'est-à-dire que le membre du personnel ne se soucie pas de l'usager, entre autres, par une absence d'action appropriée pour répondre à ses besoins (Comité sur la terminologie, 2016). Comme une préposée, en pause, qui ne porte assistance à une résidente en souffrance, même si elle en a la responsabilité et qu'elle ait été informée du comportement de la résidente (entrevue, membre du CU 2, 18 février 2015; situation 2). Les comportements des membres du personnel, décrits par des membres des trois comités, font référence à de la maltraitance physique — sous forme de violence et de négligence, à de la maltraitance psychologique — sous forme de violence et de négligence, à de l'âgisme — sous forme de violence, à de la maltraitance financière — sous forme de violence, ou à des violations des droits des usagers — sous forme de violence et de négligence (Comité sur la terminologie, 2016). C'est la maltraitance physique, sous forme de violence et de négligence, toutefois, qui se rapporte le plus souvent aux comportements des membres du personnel dépeints par les comités. Ce qui nous amène à penser que des membres identifient peut-être plus facilement ce genre de

comportements comme étant de la maltraitance. Les comportements des membres du personnel sont parfois de nature intentionnelle, et d'autres fois, de nature non intentionnelle (Comité sur la terminologie, 2016). Dans tous les cas, cependant, ces comportements causent du tort aux usagers, tels de la douleur physique ou un mal-être psychologique, ainsi qu'aux personnes témoins de ces situations, dont des membres des CU et des CR, qui sont des proches des résidents, telles de l'inquiétude, de l'anxiété et de la tristesse. Lorsque des usagers dénoncent ces comportements de violence ou de négligence, en exprimant leurs insatisfactions ou en portant plainte, les membres du personnel maltraitants peuvent leur faire subir des représailles. Ce résultat montre qu'il est important, dans les ESSS, de mettre en place des mesures pour éviter que de telles représailles soient commises. À l'inverse, ce ne sont pas tous les membres du personnel qui dénoncent la maltraitance envers les usagers dont ils sont témoins; ce qui a pour effet d'empêcher la mise en œuvre de mesures pour éviter que la situation persiste, s'aggrave ou se reproduise. Ce résultat révèle l'importance de promouvoir les mécanismes de protection et de défense des droits des usagers, dans les établissements, pour que les membres du personnel (entre autres) puissent mieux les connaître et être incités à dénoncer ou signaler les situations. Il importe de souligner que c'est dans ce type de rapport — entre un membre du personnel et un usager, que se produit la grande majorité des situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins (53/69 situations).

Dans le rapport entre un membre du personnel et un membre de la famille de l'utilisateur, nous avons vu que la maltraitance se produit quand le membre du personnel prend des décisions concernant le maintien ou le rétablissement de la santé biopsychosociale de l'utilisateur, son confort ou sa protection, qui briment le bien-être psychologique ou social

du membre de la famille lorsqu'il joue un rôle dans ces soins et ces services. Dans deux situations relatées par la coordonnatrice du CU 1, les comportements des membres du personnel traduisent de la négligence (Comité sur la terminologie, 2016). Un psychiatre, par exemple, néglige de consulter les parents aînés d'une usagère avant la signature de son congé définitif. Il ne se soucie pas du bien-être psychologique des parents, qui ont peur de reprendre leur fille à la maison, car elle a été violente envers eux lors de son congé temporaire (entrevue, coordonnatrice du CU 1, 3 décembre 2014; situation 8). Les comportements des membres du personnel, décrits par la coordonnatrice, font référence à de la maltraitance psychologique (Comité sur la terminologie, 2016) et à un manque de respect à l'égard des familles, qui font obstacle à l'implication de ces dernières dans les soins ou les services à l'usager.

Dans le rapport entre un usager et un membre du personnel, la maltraitance se produit, surtout en CHSLD, lorsqu'un résident n'exprime aucune considération ni respect envers le membre du personnel. Dans les situations relatées par des membres des CU 1 et 2, les comportements des résidents traduisent effectivement de la violence (Comité sur la terminologie, 2016), comme lorsqu'ils ont des propos déplacés à l'endroit des membres du personnel, leur lancent des objets, crachent sur eux ou les traitent de différents noms (entrevue, coordonnatrice et présidente, 3 décembre 2014; situation 24). Ces comportements font référence à de la maltraitance physique et psychologique (Comité sur la terminologie, 2016) et peuvent influencer la qualité des soins ou des services administrés par les membres du personnel qui les subissent. Cela peut aussi faire en sorte que la relation entre l'usager maltraitant et le membre du personnel maltraité soit plus

tendue, moins chaleureuse. Les résidents qui ont de tels comportements, généralement, ont des atteintes cognitives.

Dans le rapport entre un usager et un autre usager, la maltraitance se produit aussi, généralement en CHSLD, lorsque le respect des droits d'un résident (considération, protection, services) se fait au détriment des droits d'un autre. Comme lorsqu'un résident trisomique a un comportement dérangeant dans l'établissement et que cela est toléré par les autres résidents et les membres du personnel (entrevue, présidente du CU 2, 5 novembre 2014, situation 11). Dans les situations relatées par des membres des trois CU, la maltraitance au sein de ce rapport se produit également lorsque des résidents atteints de déficits cognitifs ou psychologiques importants ont des comportements violents à l'égard des autres résidents (Comité sur la terminologie, 2016), comme lorsqu'ils les frappent, les bousculent (entrevue, président du CU 3, 22 septembre 2014; situation 4) ou leur font des attouchements non consentis (entrevue, coordonnatrice CU 1, 26 mars 2015; situation 15). Ces comportements font référence à de la maltraitance physique ou sexuelle sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016) et causent du tort aux usagers, tels de la douleur physique, un mal-être psychologique, et dans les cas extrêmes de violences physiques, une « accélération » de la mort.

Dans le rapport entre un membre de la famille de l'usager et l'usager, nous avons vu que la maltraitance se produit, entre autres, lorsque le membre de famille s'empare de l'argent de l'usager, en profitant du fait qu'il a peu de chance d'être dénoncé par ce dernier. Ces comportements peuvent traduire de la maltraitance financière, sous forme de violence (Comité sur la terminologie, 2016). Selon les propos de membres des trois CU, les membres du personnel soupçonnent que des membres de familles exploitent

financièrement leur proche hébergé en CHSLD, mais ont de la difficulté à le prouver. Les usagers « exploités » ne veulent effectivement pas dénoncer les membres de leur famille, pour préserver les liens les unissant, ou parce qu'ils ont peur des représailles qui pourraient leur être perpétrées par ces derniers (entrevue, présidente du CU 2, 18 février 2015; situation 13). Ce résultat montre l'importance de mettre en place des mesures, dans les établissements, pour contrer cette peur des représailles et favoriser et faciliter la divulgation de telles situations par les usagers, mais aussi par les membres du personnel.

En clarifiant ainsi en quoi les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins peuvent constituer ou s'apparenter à de la maltraitance, cela a permis de mieux comprendre la nature de ces situations, mais aussi leurs causes. Ces informations sont riches pour cibler là où il est important d'agir pour corriger ces situations indésirables et éviter qu'elles se reproduisent. Nous avons effectivement vu, dans ce chapitre, que différents facteurs individuels, tels le manque de respect et de considération envers l'autre, le manque individuel d'empathie et de compréhension de l'autre, la maladie, ou organisationnels, tels le manque de ressources, de personnel, le manque de formation ou le peu de formation adéquate offerte, l'application rigide ou étroite de règles, l'obligation d'appliquer des règles, peuvent influencer les cinq types de rapports où il peut y avoir de la maltraitance, en contribuant à ce qu'une personne (ou des personnes) manque à ses obligations et aux conduites attendues dans le cadre de chacun de ces rapports. Ces facteurs individuels et organisationnels peuvent se cumuler et aggraver la maltraitance.

Dans ce chapitre, nous avons également documenté les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes, ainsi que les rapports de pouvoir qui se créent

entre elles, en fonction de leurs stratégies. Nous avons vu que la théorie de Crozier et Friedberg (1977) est applicable dans quatre des cinq types de rapports identifiés précédemment, soit ceux entre un membre du personnel et un usager; entre un membre du personnel et un membre de la famille de l'usager; entre un usager et un membre du personnel; et entre un membre de la famille d'un usager et l'usager. Dans le rapport entre un usager et un autre usager, il n'était effectivement pas possible d'appliquer cette théorie, étant donné que dans toutes les situations de maltraitance entre usagers ou résidents portées à l'attention des CU, sans exception, les usagers maltraitants sont aux prises de déficits cognitifs ou psychologiques importants. Ces déficits font qu'on ne connaît pas leurs intentions, ce qu'ils cherchent à obtenir.

Dans le rapport entre un membre du personnel et un usager, nous avons vu que les usagers maltraités (ou présumés) sont généralement des résidents de CHSLD, mais il y a aussi des résidents de RI et des usagers des centres hospitaliers. Certains d'entre eux sont atteints de troubles cognitifs, de troubles psychologiques, de déficiences physiques (d'une perte d'autonomie) ou sont aux prises de pathologies diverses. Ces usagers se trouvent en situation de dépendance à l'égard des membres du personnel, car ils dépendent d'eux pour recevoir leurs soins et leurs services, assurer leur confort et leur protection. Les membres du personnel maltraitants (ou présumés), quant à eux, sont médecin, infirmières, préposées aux bénéficiaires, travailleuses sociales, chef de service, coiffeuse, gardiens de sécurité, et bénévoles, dont des membres des CU et des CR. Ils ont donc des professions ou des statuts variés à l'intérieur des établissements. Ces derniers sont en position de pouvoir vis-à-vis des usagers, puisqu'ils peuvent les contraindre au moment de leur administrer leurs soins ou leurs services (ex. en utilisant

la force ou en ne répondant pas immédiatement à leurs besoins), pour satisfaire leurs propres exigences (stratégies offensives), comme de rattraper le retard dans les tâches. En contraignant ainsi les usagers, les membres du personnel tentent d'échapper aux contraintes organisationnelles (stratégies défensives), comme le manque de personnel et de temps dans les établissements pour réaliser ces tâches. Cette dualité de stratégies s'insère, en quelque sorte, dans de la maltraitance organisationnelle, puisque les actions ou les inactions des membres du personnel découlent, en partie, des conditions difficiles de travail (Comité sur la terminologie, 2016). Certains facteurs individuels, toutefois, comme le manque individuel d'empathie et de compréhension de l'autre, peuvent venir aggraver ces actions ou inactions.

Dans le rapport entre un membre du personnel et un membre de la famille de l'utilisateur, nous avons vu que les membres de famille maltraités (ou présumés) sont les enfants des usagers, leurs conjoints ou leurs parents. Les membres du personnel maltraitants (ou présumés), pour leur part, sont infirmières, préposées aux bénéficiaires, caissière de la cafétéria d'un centre hospitalier et psychiatre. Les membres du personnel sont en position de pouvoir vis-à-vis des membres de famille, lorsqu'ils les contraignent (ex. en refusant d'entendre et de mettre en application leurs recommandations relativement aux soins et aux services de l'utilisateur, ou en négligent de les consulter lorsqu'il y a lieu) pour satisfaire leurs propres exigences, comme de s'assurer d'avoir le temps de remplir toutes les tâches qu'ils ont à assumer (stratégies offensives). En contraignant de cette façon les membres de famille, les membres du personnel tentent d'échapper aux contraintes organisationnelles (stratégies défensives), qui, ici aussi, font référence notamment, aux

manques de personnel et de temps dans les établissements pour réaliser ces tâches (maltraitance organisationnelle).

Dans le rapport entre un usager et un membre du personnel, nous avons mis en lumière que les membres du personnel maltraités (ou présumés) sont bénévoles et préposées aux bénéficiaires. Les usagers maltraitants (ou présumés), quant à eux, sont des résidents de CHSLD. Les usagers se trouvent en position de pouvoir vis-à-vis des membres du personnel lorsqu'ils exercent un contrôle sur eux au moment de recevoir leurs services et leurs soins, entre autres, par des comportements violents, humiliants et dégradants (stratégies offensives). En contraignant, de cette façon, les membres du personnel, les usagers peuvent, entre autres, tenter d'échapper ou de réagir aux contraintes organisationnelles, qui briment l'exercice de leurs libertés et de leurs droits (stratégies défensives).

Dans le rapport entre un membre de la famille d'un usager et l'usager, nous avons vu que les usagers maltraités (ou présumés) sont des résidents de CHSLD et de RI, dont certains ont des problèmes de santé. Les membres de famille maltraitants (ou présumés), pour leur part, sont les enfants des résidents, dont parfois l'enfant légalement désigné comme tuteur. Les membres de famille se trouvent en position de pouvoir sur les résidents, lorsqu'ils les contraignent en les exploitants financièrement, pour satisfaire leur désir de rapidement s'enrichir (stratégies offensives). En commettant une maltraitance financière, en étant « tuteur » notamment, le membre de famille utilise à son profit son statut pour gérer l'argent de l'usager, et obtenir de façon malhonnête ou détournée cet argent (stratégies défensives).



Dans le rapport entre un usager et un autre usager, les usagers maltraités (ou présumés) sont des résidents de CHSLD, dont certains sont aux prises de déficiences physiques (une perte d'autonomie) ou de troubles cognitifs. Les usagers maltraitants (ou présumés), quant à eux, sont aussi des résidents de CHSLD, aux prises de troubles cognitifs ou psychologiques importants (ex. troubles mentaux, démence de type Alzheimer) et de déficiences physiques. C'est en raison de ces déficits importants, au plan cognitif, que la théorie de Crozier et Friedberg (1977) n'est pas applicable. Les usagers maltraitants (ou présumés) se trouvent tout de même en position de pouvoir vis-à-vis des autres usagers lorsqu'ils sont en mesure de les contraindre, en raison d'une plus grande capacité ou autonomie physique, qui leur permet de poser des gestes comme pousser, taper et bousculer.

Il est intéressant de souligner que ces stratégies offensives et défensives d'actions (Crozier et Friedberg, 1977), mises en œuvre par les personnes maltraitantes (ou présumées) pour obtenir du pouvoir, ou être en position de pouvoir, n'étaient pas encore abordées dans les écrits actuels sur la maltraitance envers les aînés. De plus, le fait de documenter « qui se donne du pouvoir sur qui » dans les ESSS, permet de déconstruire un certain mythe. En effet, lorsque nous pensons à la maltraitance commise dans ces milieux, nous pensons régulièrement à celle perpétrée par le personnel rémunéré (ex. le méchant préposé) (McDonald, Beaulieu, Harbison, Hirst, Lowenstein, Podnieks et Wahl, 2012). Or, en documentant les cinq types de rapports au sein desquels il peut y avoir de la maltraitance, cela a permis de déplacer notre lorgnette sur des phénomènes beaucoup moins documentés, telle que la maltraitance perpétrée par les usagers.

## **7. Traitement des situations de maltraitance par les CU**

Le deuxième objectif de cette recherche visait à documenter les étapes du traitement des situations de maltraitance par les CU. Par cet objectif, nous voulions mettre en lumière ce que font les membres des CU et leur coordonnatrice pour recevoir les situations de maltraitance — pour en être informés; ce qu'ils font pour « analyser » ces situations — comment ils les analysent, les qualifient, les apprécient, les jugent, bref comment ils les interprètent, pour convaincre la direction de la gravité ou de la fréquence d'un problème, et pour proposer des mesures ou des solutions; ce qu'ils font pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction; ce qu'ils font pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance; et ce qu'ils font pour s'assurer de la mise en œuvre des changements.

### **7.1 Ce que font les CU pour recevoir les situations de maltraitance**

Dans cette partie, nous verrons que pour être informés des situations de maltraitance, les membres des trois CU mettent en place divers moyens d'information ou de signalement des situations « informels » et « formels ». Ils doivent également posséder certaines habiletés pour être mis au courant de ces situations et peuvent utiliser divers outils pour s'aider à les recueillir et à les traiter.

Il faut savoir que plusieurs personnes portent à l'attention des CU les situations de maltraitance, soit les usagers maltraités (ou présumés) eux-mêmes, qui sont parfois membres des CU ou des CR, et les personnes témoins de ces situations, soit les usagers, les proches ou les bénévoles — membres ou non des CU ou des CR, les membres du personnel, les représentants de la direction, et les directions des établissements.

### ***7.1.1 Les moyens informels d'information ou de signalement des situations de maltraitance***

Pour être mis au courant des situations de maltraitance, les membres des trois CU observent ce qui se passe dans les milieux, participent aux activités qui s'y déroulent et échangent de façon informelle avec les usagers, leurs proches et les membres du personnel, dont les membres de la direction.

#### ***- Les membres des comités qui sont des résidents***

Pour les membres des CU qui sont des résidents, ils peuvent observer à tout moment ce qui se passe dans les établissements, puisqu'ils y vivent. En étant attentifs à ce qui se passe dans les milieux, en ayant une connaissance des droits des usagers, et en reconnaissant la maltraitance, c'est-à-dire les comportements inadéquats de violence ou de négligence ou les environnements maltraitants, ils peuvent rapporter les problèmes qu'ils vivent eux-mêmes, ou ceux dont ils sont témoins, ou qui leur sont rapportés par les autres usagers ou leurs proches, au CU ou aux CR. En voici trois exemples.

En entrevue avec la coordonnatrice du CU 1, je lui demande :

« la préposée qui nourrissait une résidente par en arrière, c'est un résident qui l'a vu et qui est venu vous en parler? » Elle répond : « oui, exactement (...) moi j'appelle ça du bourrage là, quand la préposée lui donne une cuillerée après l'autre, comme du gavage » (3 décembre 2014; situation 11).

Dans ce cas, le résident témoin de la situation inadéquate, en informe le CR.

Dans une autre entrevue, la coordonnatrice du CU 1 dit ceci :

« comme nous avons deux résidents sur ce [CR], qui sont en fauteuil roulant, c'est eux qui ont apporté la problématique au CR [la pente prononcée à l'arrière d'un CHSLD qui empêche les résidents en fauteuil roulant de sortir librement] » (entrevue, 26 mars 2015; situation 23).

Dans cet extrait, les résidents en fauteuil roulant, qui siègent au CR, portent à l'attention du comité le problème qu'ils expérimentent eux-mêmes quotidiennement. Étant eux-mêmes en fauteuil roulant, ils savent à quel point ce problème est important.

Dans un autre exemple, un membre du CU 2, qui est un résident de CHSLD, raconte une situation.

« Il y a une préposée attitrée aux grands bains, mais lorsqu'elle tombe en vacances, le grand bain tombe à l'eau. Les résidents sont lavés dans leur lit. Parfois, quand il manque d'employés, on a un bain par semaine, bien on saute une semaine » (observation, 10 septembre 2014; situation 8).

Le résident, qui vit ces situations de négligences, est capable de les rapporter aux autres membres du CU, mais aussi de préciser les moments où ces situations se produisent — lors des périodes de vacances, lors des périodes de manque de personnel.

En outre, les membres des comités, qui sont résidents, peuvent informer les autres membres des situations de maltraitance, dont ils sont témoins ou qu'ils vivent eux-mêmes, en plus de préciser les causes de ces situations (ex. le manque de personnel) ou les moments où elles se produisent (ex. lors de la période de vacances), ainsi que leur importance pour les résidents.

Malgré l'apport des résidents siégeant aux CR, la coordonnatrice du CU 1 met en évidence que certains d'entre eux ne souhaitent pas y siéger officiellement. Elle explique :

« le [CR] vient de recruter deux résidents qui vont, lors des réunions, venir nous parler pendant une dizaine de minutes de ce qu'ils vivent. Des situations qu'ils sont témoins aussi parce que nous n'avions pas de résidents comme tels sur notre comité. Ces deux personnes ne veulent pas se joindre de façon permanente » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans ce cas, le CR a développé une stratégie pour être informé des situations dont sont témoins les résidents, ou qu'ils vivent eux-mêmes, en les invitant au début des rencontres du comité.

- *Les membres des comités qui sont des bénévoles*

Pour les membres des CU, qui sont des bénévoles, ils peuvent observer ce qui se passe dans les milieux, et échanger avec les usagers ou leurs proches de façon informelle, lorsqu'ils participent aux activités des usagers.

Par exemple, un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, mentionne ceci :

« je vois les familles surtout le dimanche à la messe. (...) Une fois par mois à peu près. Je vais saluer le plus de clients possible avant qu'ils remontent sur les étages. Pour ceux qui sont accompagnés de leur famille, je leur demande s'ils sont relativement satisfaits des soins qui sont donnés à leur parent. Je leur dis que le CR peut les aider (...). J'ai vraiment trois familles qui ont répondu à cette approche-là » (entrevue, 18 décembre 2014).

Dans ce cas, une fois par mois, le membre du CU 3 prend le temps de participer à une activité des résidents du CHSLD. À ces moments, il initie les contacts avec les usagers ou leurs proches, en allant les saluer. Cela lui permet d'entrer en relation avec eux, de se faire connaître, de les questionner sur la satisfaction qu'ils ont des soins ou des services (reçus ou administrés), de leur faire connaître le rôle du CR en cas d'insatisfactions, et d'être informé de leurs préoccupations ou de leurs insatisfactions. En créant un tel contact, une telle relation avec les usagers ou leurs proches, le membre du CU 3 réussit à créer un climat propice à la révélation de situations de maltraitance, puisque trois familles ont répondu à cette approche.

- *Les membres des comités qui sont des proches*

Pour les membres des CU, qui sont des proches des usagers, ils peuvent profiter des moments où ils rendent visite à leur proche hébergé pour observer ce qui se passe dans les établissements et échanger avec les autres usagers ou leurs proches. La coordonnatrice du CU 1 dit ceci : « les familles (...) membres du CR (...) observent lorsqu'ils vont rendre visite [à leurs proches] et les autres familles et les autres résidents viennent leur parler aussi » (entrevue, 26 mars 2015).

Lorsque les membres des comités visitent leur proche hébergé, ils peuvent être témoins de situations de maltraitance; ce qui peut les affecter émotionnellement. En effet, lorsque la situation de maltraitance concerne un autre usager, ils peuvent avoir peur qu'une telle situation soit aussi vécue par leur proche hébergé. Lorsque la situation est vécue par leur proche, ils peuvent avoir peur que la même situation se reproduise. Dans ces cas, ils veillent à mettre en place des stratégies ou des moyens pour assurer la protection de leur proche. En voici deux exemples.

Dans la situation 17 du CU 1, une personne membre du CU raconte que c'est en accompagnant son mari hébergé au CHSLD, qu'elle fut témoin de plusieurs situations « malheureuses » et « épouvantables ». Une de ces situations est que son mari se faisait lever à l'aide d'un lève personne, et elle a remarqué que quand les employés le levaient, ils ne plaçaient pas la toile du lève personne comme il le faut. « Ils ont failli lui arracher l'oreille ». Comme elle savait à quelle heure les employés levaient son mari (vers 14 h), elle fut présente à cette heure les journées suivantes pour vérifier que tout soit fait adéquatement (observation, 27 mars 2014). Dans cet extrait, la personne membre du CU est témoin d'une situation de négligence envers son conjoint, et pour éviter qu'elle se

reproduise, elle s'assure d'être présente auprès de lui, les journées suivantes, pour le protéger et s'assurer que ces soins lui soient administrés correctement.

Dans un autre exemple, le président du CU 3 raconte ceci :

« nous l'avions su par le président du CR. Lui, son épouse était là, et c'était un monsieur qui était très présent (...) c'était l'œil de lynx là-dessus. Lui, comme sa conjointe était ici, il voyait à ce que ce soit fait [que les bains soient donnés aux résidents]. (...) [Il] en parlait. Il commençait au mois de mai en disant : "je ne veux pas que cet été ça se passe comme l'année passée". (...) C'était un monsieur qui se promenait beaucoup » (19 mars 2015; situation 5).

Dans cet extrait, comme le président du comité est régulièrement présent dans le milieu, qu'il y déambule et qu'il observe ce qui s'y passe, il a été témoin d'une situation de négligence envers les résidents. Comme sa conjointe y est hébergée, il « voit » à ce qu'une telle situation ne se reproduise pas; il s'en fait une mission, en dénonçant la situation et en donnant certains « avertissements ».

Il arrive également que les membres des CU, qui sont des proches des résidents, donnent des coups de main aux membres du personnel, telle une aide lors des repas, qui leur permettent d'observer ce qui se passe dans le milieu et d'être témoins de situations de maltraitance. La coordonnatrice du CU 1 raconte une situation :

« [un résident] ne recevait pas son insuline. (...) [Il] devait en recevoir pour ses repas. (...) C'est un membre de CR qui s'est aperçu de ça. Lui, c'est un membre de famille, mais il n'est pas parent avec ce monsieur. Il aide au niveau de la nutrition et c'est comme ça qu'il s'en est rendu compte » (entrevue, 26 mars 2015; situation 9).

Dans ce cas, en étant présent quotidiennement dans le milieu pour aider lors des repas, le membre du CR observe les soins donnés aux résidents.

Au moment du décès d'un proche hébergé, les membres des comités peuvent également prendre connaissance ou expérimenter des procédures qu'ils jugent inadéquates dans les établissements. En entrevue avec la présidente du CU 2 par exemple, je lui demande : « pour le dossier du mourir dans la dignité, comment le CU a vu que les sacs verts étaient utilisés pour disposer des effets personnels du défunt? » Elle répond :

« c'est une réalité que j'ai observée quand mon frère est décédé, j'ai fait cela personnellement (...) tu as beau t'apporter des choses pour transporter, tu te dis : "ah mon dieu il me reste des affaires", et tu mets ça dans des sacs verts. Pfff [elle fait un signe comme si cela n'avait pas de bon sens] » (18 février 2015; situation 7).

En outre, les membres des comités, qui sont des proches des résidents, peuvent être témoins de situations de maltraitance lorsqu'ils visitent leurs proches hébergés; ce qui peut les affecter émotionnellement. Dans ces cas, les membres des comités vont s'engager à protéger leur proche et aussi s'assurer que la situation ne se reproduise pas. En étant présents quotidiennement dans les milieux, ces membres parviennent à avoir une certaine connaissance des soins et des services qui doivent être administrés aux résidents, et peuvent aussi expérimenter des procédures qui sont inadéquates dans le milieu.

#### - *Les membres du personnel*

Dans les CHSLD, des membres du personnel informent les membres des CU des situations présumées de maltraitance dont ils sont témoins, en discussions informelles de corridors. La présidente du CU 2 mentionne ceci :

« le personnel nous le dit. "Lui là [un résident de CHSLD] (...) il n'a jamais de visite, mais quand les chèques sont déposés, il y a une petite visite qui ne dure pas longtemps." (...) surtout ceux qui sont dans les centres [les employés], ils voient bien que Mme une telle n'a jamais de visite, sauf quand l'argent sort » (entrevue, 18 février 2015; situation 13).



Dans cet extrait, les membres du personnel soupçonnent une situation de maltraitance, car ils côtoient régulièrement les résidents. Ils arrivent à avoir une connaissance de certaines « habitudes sociales » des résidents, comme ceux qui ont régulièrement de la visite ou ceux qui en ont rarement.

Parfois, c'est aussi la direction générale qui informe les membres des CU des situations de maltraitance. La présidente du CU 2, par exemple, mentionne ceci :

« Je sais que dans un centre, de nuit, il y avait deux préposés qui faisaient la job très vite et bouscullaient les choses. Il y a une troisième comparse qui était là, qui a averti la direction, et les deux employés ont été congédiés sur-le-champ. (...) c'a été porté à mon attention par la directrice générale. [Elle] m'a dit voici, il s'est passé telle chose, à tel endroit, finalement, il y en a une qui les a dénoncés et voici, on les a congédiés ce matin » (entrevue, 5 novembre 2014).

Dans ce cas, la direction informe la présidente du CU de la situation et lui explique les mesures qui s'en sont ensuivies.

Dans les deux situations ci-dessus, on peut penser que si les membres du personnel et la direction se confient aux membres des comités, quant à ces situations de maltraitance, c'est qu'ils connaissent les membres, ont une certaine proximité eux, et qu'ils leur font confiance.

### ***7.1.2 Les moyens formels d'information ou de signalement des situations de maltraitance***

Les membres des trois CU disposent également de moyens plus formels pour être mis au courant des situations de maltraitance. Les voici :

- *Les activités de promotion et de sensibilisation*

Les membres des trois CU organisent de nombreuses activités de promotion (ex. distribution du dépliant du CU dans les points de services du CSSS) et de sensibilisation (ex. aménagement d'un stand, distribution d'objets promotionnels, cueillette de commentaires ou de suggestions) dans divers endroits du CSSS (CHSLD, centres hospitaliers).

Lors de ces activités, les membres peuvent porter une attention particulière à l'environnement physique (ex. à la propreté, à l'aménagement sécuritaire) et à l'environnement humain (ex. aux attitudes à l'égard des usagers).

Les activités de promotion et de sensibilisation permettent aux membres des CU ou des CR d'entrer en relation (de discuter) avec les usagers, leurs proches ou les membres du personnel, de se faire connaître, et de recueillir des informations concernant des situations de maltraitance. Par exemple, la coordonnatrice du CU 1 dit ceci : « nous tentons (...) d'être plus actifs au niveau des CR sur le terrain. On (...) a fait des activités de sensibilisation pour dire "on est là. Parlez-nous si ça ne va pas" » (entrevue, 3 décembre 2014).

Lors de ces activités, les membres des comités peuvent également informer les usagers, leurs proches ou les membres du personnel, de ce que les comités peuvent faire pour traiter les situations de maltraitance. Par exemple, la coordonnatrice du CU 1, raconte :

« quand on fait nos activités de sensibilisation, ça touche aux résidents et à leur famille, mais on touche beaucoup de personnel aussi. Autant au centre hospitalier, on dit : "vous êtes nos yeux et nos oreilles. Vous êtes témoins de quelque chose, appelez-nous, dites-nous-le. On va s'en occuper. Il y a une insatisfaction, téléphonez-nous. Cette personne-là, vous croyez que c'est de la maltraitance, bien regardez, nous pouvons faire une petite enquête, ou

allez observer”. Je vais envoyer, si c’est dans un centre d’hébergement (...) un membre du CR, pour aller voir comment ça se passe. Puis voir si c’est vrai et documenter » (entrevue, 3 décembre 2014).

Les objets promotionnels, tel un calendrier avec les droits des usagers, servent aussi de prétexte aux membres des CU ou des CR pour entrer en relation avec les usagers. Un membre du CU 3 par exemple, mentionne qu’au début de chaque mois, les membres de son comité passent dans toutes les chambres des résidents pour le mettre à jour, le mettre à la bonne page, et discuter avec les résidents (observation CU 3, 19 février 2015).

- *Les assemblées générales annuelles*

Lors des assemblées générales annuelles des trois CU, les membres de famille présents peuvent exprimer leurs insatisfactions à l’égard des soins ou des services reçus par leurs proches hébergés — concernant la nourriture (situation 21 du CU 1), les odeurs sur les unités (situation 13 du CU 1), le manque de surveillance (situation 19 du CU 1), etc. Lors de la période de questions à l’AGA du CU 1 par exemple, un membre de famille (la femme d’un résident), a mentionné qu’il y avait un problème dans un îlot prothétique, soit le fait qu’il n’y avait pas de préposées en permanence, la nuit, pour assurer la surveillance des résidents. Elle dit que c’est une situation très grave, et qu’elle aimerait régler le tout sans porter plainte (observation 18 juin 2014; situation 19).

Lors des assemblées générales, les membres de familles peuvent également faire des suggestions ou des demandes aux membres des CU. Une de ces demandes par exemple, est de faire en sorte que les balançoires extérieures d’un CHSLD soient occupées par les résidents et non par les employés (situation 21 du CU 1).

Dans le CU 3, les membres souhaitent trouver une stratégie pour allouer plus de temps au droit de parole des participants lors des AGA.

Les membres des CU peuvent aussi profiter des AGA pour faire connaître leur rôle auprès des instances concernées (ex. auprès de la direction du CSSS) et informer la population des gestes faits durant l'année pour améliorer les situations regrettables (ex. des améliorations quant aux repas servis aux résidents des CHSLD).

Les membres des CU profitent également de ces moments pour offrir aux participants un sac contenant des objets promotionnels, tels les dépliants des comités, avec leur numéro de téléphone.

- *Les présences au bureau du CU, les rencontres individuelles et les moyens de communication*

Les membres des trois CU assurent une présence à leur bureau de comité.

Les bureaux des CU 1 et 2 sont situés dans un centre hospitalier et sont bien identifiés à l'aide d'un fanion — à l'effigie du comité. Le bureau du CU 1 est situé sur les étages supérieurs du centre, tandis que celui du CU 2 se trouve à l'entrée. Le bureau du CU 3, pour sa part, n'est pas identifié à l'aide d'un fanion et est situé au rez-de-chaussée d'un CHSLD.

Les membres des CU établissent un horaire de présence au local et l'affichent afin que les usagers ou leurs familles puissent venir les rencontrer s'ils le désirent.

La présence des membres au bureau du comité dépend de leur disponibilité. La présidente du CU 2, par exemple, précise ceci : « ma disponibilité me permet d'assurer une présence régulière au bureau du comité » (observation, 18 février 2015).

Les membres des CU mettent à la disposition des usagers différents moyens de communication (formulaires, boîte aux lettres près du local, ligne téléphonique avec

répondeur, courriel). Les membres s'assurent par exemple, que les formulaires de plaintes sont disponibles dans les divers points de services du CSSS, dont au bureau du CU, tout comme les dépliants du comité. Ces dépliants permettent aux usagers notamment de connaître leurs coordonnées. Ces coordonnées sont aussi affichées à l'entrée des établissements.

Un usager ou sa famille peut ainsi décider de communiquer avec le CU par écrit, par le biais de formulaires, de lettres ou de courriels, pour exprimer ses insatisfactions. Dans la situation 10 du CU 1 par exemple, la présidente du comité mentionne: « j'ai communiqué par courriel avec le monsieur. (...) je lui ai donné l'adresse du CPM (...) je lui ai dit aussi qu'il y avait le Protecteur du citoyen (...) » (entrevue 3 décembre 2014).

Un usager ou sa famille peut aussi décider de communiquer avec le CU verbalement. Ceux qui vivent les situations préjudiciables ou qui en sont témoins peuvent contacter les comités par téléphone ou se déplacer à leur bureau pour venir les rencontrer. Par exemple, la coordonnatrice du CU 1 dit ceci : « la famille a porté plainte. Elle est venue me rencontrer ici, au bureau du CU. (...) Elle a aussi mis le CR en copie conforme de cette plainte, pour qu'il soit au courant » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 3).

Lorsque les membres des CU rencontrent individuellement les usagers ou les familles, ils peuvent écouter leurs insatisfactions et leurs suggestions. La principale source de communication demeure toutefois le téléphone. La coordonnatrice du CU 1 par exemple, mentionne: « la famille m'a appelé pour porter plainte [pour les délais de réponses aux cloches d'appels], parce qu'il y a des dépliants du CU un peu partout » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 5).

Les membres des CU peuvent aussi se déplacer dans les CHSLD pour rencontrer individuellement les résidents qui ont pris contact avec eux par téléphone, lorsqu'ils ne peuvent pas se déplacer ou qu'il est difficile pour eux de le faire. Par exemple, la coordonnatrice du CU 1 raconte une situation : « une [résidente] demande à ce que se soit une préposée femme qui lui donne son grand bain et on lui refuse. [Elle] m'a téléphoné. Je me suis déplacée pour aller la voir dans le centre d'hébergement » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 2).

- *Les rencontres des CU*

Dans le CU 1, lors de ces rencontres, la coordonnatrice fait un rapport aux autres membres du comité des situations portées à son attention par les usagers ou les familles, au point prévu à l'ordre du jour, nommé « rapport de la coordonnatrice ». Elle mentionne par exemple : « en CHSLD, il y a eu un refus de changer la culotte d'une dame (...) parce que ça n'atteignait pas la petite ligne bleue, c'est une atteinte à la dignité » (observation, 26 novembre 2014; situation 4). Selon la présidente du CU 1, c'est le rôle de la coordonnatrice de recevoir les cas et de les traiter. Elle dit : « c'est la coordonnatrice qui reçoit les cas et qui les traite et (...) si c'est trop compliqué, elle les envoie à la commissaire. (...) la coordonnatrice nous fait souvent un suivi lorsqu'elle nous voit, aux rencontres du comité » (observation, 8 janvier 2015). Dans les deux autres CU, il ne semble pas y avoir une personne en particulier qui joue ce rôle.

Dans les trois CU, lors de leurs rencontres de comité, il y a aussi un point à l'ordre du jour où les membres des CU, qui siègent aussi à un CR, peuvent s'exprimer. Ils peuvent ainsi faire part aux autres membres des situations dont ils ont été témoins ou dont ils ont été informés par les usagers ou leurs familles. À une rencontre du CU 1 par exemple, un

membre du CU, qui siège également à un CR, dit ceci : « la coiffeuse de l'établissement a monté ses prix de 50 % » (observation, 8 janvier 2015; situation 25).

Les représentants de la direction ou les directions, qui assistent aux rencontres des CU, peuvent également informer les membres de certaines situations. À une rencontre du CU 2 par exemple, la directrice du programme hébergement-milieu de vie mentionne que dans certains milieux, il y avait encore des pratiques institutionnelles comme d'ouvrir les lits des résidents à 16 h 30 et y mettre les piqués (observation 10 septembre 2014; situation 16).

- *Les rencontres de comités des CSSS*

Des membres des trois CU sont informés de situations de maltraitance en siégeant au comité de vigilance et de la qualité. Il n'y a toutefois pas d'échange d'informations entre ce qui est discuté à ce comité et le CU, du fait, entre autres, de la confidentialité.

La présidente du CU 2 explique :

« c'est vraiment parce que je suis au comité de vigilance et de la qualité que j'ai été informée de cette situation-là [la résidente qui refuse de changer son pansement et l'inaction de l'infirmière], parce que nous recevons les rapports du comité de gestion des risques. (...) Ça n'a pas été abordé au niveau du CU et ce n'est pas quelque chose que j'amènerais parce qu'au niveau du comité de vigilance c'est confidentiel, gestion des risques aussi. (...) Si les mesures n'avaient pas été prises, ça aurait été une autre affaire. Là nous aurions pu faire une action (...). Je me serais arrangée pour voir comment, avec la gestionnaire de risque, on peut faire pour travailler ça. (...) Au niveau de la confidentialité (...) sans donner de détails, on aurait vu globalement, qu'est-ce que l'on peut faire [ou] éviter (...). On passe cela sur les refus de traitements plus larges » (entrevue, 18 février 2015; situation 12).

On voit dans cet extrait qu'une des façons de contourner la confidentialité, dans les situations qui le requièrent — en cas d'inaction pour corriger une situation par exemple, est de parler du problème de façon générale, pour trouver des mesures ou des solutions.

Cet enjeu de confidentialité est aussi nommé dans la situation 17 du CU 3, qui concerne la fermeture d'un CHSLD. Le président du CU met de l'avant la position « pas facile » dans laquelle il se trouvait, puisqu'il siégeait à la fois au CU, mais aussi au CA de l'établissement. Il était donc au courant de la fermeture du CHSLD, mais ne pouvait pas en parler aux autres membres du CU, du fait de la confidentialité. Il dit :

« quand le dg a présenté ça au CA [la fermeture du centre d'hébergement], on avait eu une séance plénière avant où il nous avait expliqué. (...) [Comme c'était confidentiel], je ne pouvais pas [en parler au CU]. On est placé dans certaines situations des fois comme membre du CU à risque. (...) Ce qu'ils disent, c'est que quand tu deviens membre du CA, tu dois faire abstraction de ton privilège électoral et agir en tant qu'administrateur. Cela n'est pas écrit dans le cadre de référence du CU » (entrevue, 19 mars 2015).

- *Les sondages de la satisfaction de la clientèle*

Les trois CU évaluent la satisfaction des résidents des centres d'hébergement notamment, en réalisant des sondages, qui abordent plusieurs aspects de la vie dans ces établissements. Ces sondages permettent, entre autres, de cibler les points à améliorer. La présidente du CU 2 par exemple mentionne ceci : « les sondages, comme celui élaboré par le CU (...). On dit bon, c'est sorti telle chose, c'est sorti les repas par exemple, ils sont froids. On va travailler là-dessus » (entrevue, 5 novembre 2014).

Un membre du CU 3 met toutefois en évidence que les sondages ne sont pas suffisants pour recueillir les insatisfactions des usagers, notamment pour les personnes qui sont sans visite. Il explique :

« il faut s'approcher [des résidents], il ne faut pas le faire à distance. Comme là, il va y avoir un questionnaire [un sondage], c'est beau le questionnaire. Les gens vont répondre et c'est souvent des membres de la famille. Il y en a là-dedans qui viennent juste une fois par mois, peut-être une fois aux six mois pis peut-être juste une fois à Pâques et à Noël. Alors c'est certain que ce n'est pas suffisant, surtout pour les résidents qui n'ont pas personne » (entrevue, 18 septembre 2014).



Dans ce cas, le membre du CU met de l'avant l'importance que les membres des comités s'approchent des résidents, c'est-à-dire qu'ils entrent en relation avec eux, qu'ils échangent, pour connaître leurs insatisfactions; en avoir une lecture juste, qui soit collée à leurs volontés ou à leurs ressentis réels.

### ***7.1.3 Les habiletés nécessaires aux membres des CU pour être mis au courant des situations de maltraitance***

Pour être informés des situations de maltraitance, les membres des CU doivent posséder certaines habiletés : « savoir observer » ce qui se passe dans les établissements pour être mis au courant des situations; « savoir écouter » les besoins ou les problèmes qui s'y manifestent; et « savoir questionner » les usagers, les proches ou les membres du personnel, pour connaître les insatisfactions des usagers, mais aussi pour valider ou confirmer leurs suspicions de maltraitance.

En entrevue, la présidente du CU 2 dit ceci :

« les CR, on essaie de les outiller pour qu'ils aillent faire de l'observation (...) avoir les oreilles ouvertes (...), évaluer, observer les bonnes choses, s'y prendre correctement pour la cueillette de données, pour avoir de vraies données, parce qu'il faut faire attention, il y en a qui avait tendance à faire de l'espionnage, mais ça, à ce moment, tu ramasses n'importe quoi. (...) C'est d'outiller le mieux possible les gens pour de l'observation et être à l'écoute, puis évidemment entendre les situations, et c'est la même chose de notre part. Je vais assez souvent dans les sites, j'observe, je pose des questions et on voit avec les usagers. Mais quand on voit avec les usagers, puis que c'est au moment de l'activité, que tout le monde est là et qu'ils ont du plaisir, ça donne un son de cloche positif » (entrevue, 5 novembre 2014).

#### ***- Savoir observer***

L'extrait d'entrevue ci-dessus met en évidence que les membres des comités doivent savoir observer ce qui se passe dans les milieux pour être informés des situations de maltraitance.

Dans le plan d'action 2013-2014 du CU 1, il était suggéré aux membres d'observer l'environnement physique, tels la propreté des locaux (ex. chambres, toilettes, salle à manger, etc.) et l'aménagement sécuritaire des lieux; l'environnement humain, telles les attitudes à l'égard des usagers, le respect de la confidentialité et de l'intimité; les horaires, tels ceux des repas, des visites, des levers ou des couchers; les activités, tels les soins d'hygiène et les traitements; l'alimentation, tels la qualité, la quantité et les choix; les services complémentaires, telles la pastorale, la buanderie, la coiffure, etc., afin d'améliorer la qualité des conditions de vie des usagers.

Nous avons observé que des membres des trois CU, surtout ceux qui sont des résidents, des proches de résidents, ou qui ont été un proche de résident, qui est maintenant décédé, portent une attention particulière aux soins et aux services administrés aux usagers (ou qui sont censés l'être), aux comportements des membres du personnel au moment d'administrer ces soins ou ces services, aux comportements ou à la condition physique des usagers, ainsi qu'à certains éléments plus structuraux dans l'organisation (ex. les procédures inadéquates, le manque de personnel).

Un invité aux rencontres du CU 2 par exemple précise avoir soupçonné de la négligence dans les soins ou les services administrés à sa mère hébergée, puisque l'équipe de travail était régulièrement en pause. Il mentionne : « autre soupçon [de maltraitance], cette équipe-là était toujours en pause (...) » (entrevue 18 février 2015; situation 2). Dans ce cas, l'invité porte attention aux comportements des membres du personnel.

Ce même invité aux rencontres du CU 2 raconte un autre incident :

« quand maman gigotait, ce qui est arrivé, c'est qu'elle était vraiment en souffrance. Je me suis dit qu'est-ce qui se passe? Je n'avais jamais vu ma

mère comme ça. Elle avait descendu ses couvertes, elle avait déchiré sa couche puis elle se grattait le dos » (entrevue 18 février 2015; situation 2).

Dans cette situation, il porte attention aux comportements et à la condition physique de sa mère.

Il semble important que les membres des CU varient leurs moments d'observations, pas toujours aux mêmes heures ni aux mêmes jours de la semaine, pour détecter la maltraitance, et avoir une lecture plus globale de la vie dans les CSSS. L'invité aux rencontres du CU 2 par exemple, raconte comment il s'est aperçu que sa mère n'était pas changée de culotte d'incontinence de tout l'après-midi par une équipe de travail.

« J'arrivais après mon travail, mais souvent avant j'allais manger (...) et ma mère elle était dans ses selles. Elle avait les fesses en feu (...). Je suis arrivé un peu plus tôt, des fois, mais c'était pareil. Un moment donné, je suis arrivé tout de suite après mon travail, au lieu d'aller souper, c'était encore la même chose déjà. (...) Un moment donné, j'ai comme réalisé, après quelques mois, là, c'était toujours sur la même équipe que ça l'arrivait où d'ailleurs les odeurs n'émanaient pas seulement de ma mère, mais d'autres aussi » (entrevue, 18 février 2015; situation 2).

Dans cette situation, puisque l'invité varie les moments où il rend visite à sa mère hébergée, il prend connaissance que sa mauvaise condition physique et hygiénique s'étire dans le temps — elle n'est pas changée de culotte de tout l'après-midi. Il s'aperçoit également que la même situation est vécue par d'autres résidents.

#### - *Savoir écouter*

L'extrait d'entrevue présentée plus haut, de la présidente du CU 2, met aussi de l'avant l'importance que les membres des comités sachent écouter les problèmes ou les besoins qui se font sentir à l'intérieur des établissements.

Le président du CU 3 précise que les membres des comités, qui sont des proches de résidents hébergés, sont souvent habiletés à entendre les situations qui ne sont pas acceptables. Il explique :

« les membres des comités voyagent à l'intérieur du CSSS. Ils voient des choses. (...) Souvent, les gens qui sont sur les comités, c'est des répondants de personnes hébergées, ou il y a eu des gens proches d'eux qui ont été hébergés et qui décident de continuer un an, deux ans ou trois ans après [la mort de leur proche]. Ces gens-là sont normalement habilités à entendre des choses (...) qui ne sont pas nécessairement correctes » (entrevue, 22 septembre 2014).

Or, selon les propos du président, comme les membres des comités, qui sont des proches, ont déjà vécu des expériences en lien avec l'hébergement, en accompagnant leur parent hébergé, ils sont sensibles à ce qui se passe dans le milieu, aux besoins des usagers, et ont une certaine connaissance de la vie en hébergement.

- *Savoir questionner*

L'extrait d'entrevue réalisée avec la présidente du CU 2 (présenté plus haut), met aussi en évidence le besoin, pour les membres des comités, de savoir questionner les individus, soit les usagers, les proches ou les membres du personnel, pour connaître les insatisfactions des usagers. Cela leur permet également de confirmer ou de valider leurs soupçons de maltraitance. En voici deux exemples.

Dans la situation 2 du CU 2, qui a trait aux membres du personnel qui ne change pas la culotte d'une résidente de tout l'après-midi, l'invité aux rencontres du CU raconte :

« ma mère elle était dans ses selles. (...) Chaque fois, quand je demandais qu'elle soit nettoyée [aux membres du personnel], on me menaçait, même quand c'était en plein été (...) qu'il fallût la mettre en pyjama tout de suite ou la coucher immédiatement. (...) c'est là que j'ai eu comme un espèce de soupçon (...) » (entrevue, 18 février 2015).

Dans la situation 17 du CU 1, une personne membre du CU précise qu'elle s'est mise à pleurer lorsqu'elle a constaté que les membres du personnel ne plaçaient pas la toile du lève-personne comme il faut au moment de lever son mari hébergé. Les employés l'ont entendu et lui ont demandé : « qu'est-ce que se passe Mme ». Elle leur a répondu qu'étant donné que les employés passaient leur temps à placoter, ils n'ont pas remarqué qu'ils ont failli arracher l'oreille de monsieur. Un des employés lui a dit : « c'est vrai, en plus c'est moi qui donne cette formation aux autres employés... je n'ai pas fait attention » (observation CU 1, 27 mars 2014).

Dans les deux situations ci-dessus, lorsque les membres des comités discutent avec les personnes présumées maltraitantes, ils « jaugent » leurs réactions, et peuvent ainsi constater l'intentionnalité du geste ou de l'action.

En somme, le fait de savoir observer ce qui se passe dans les milieux, de savoir écouter les problèmes et de savoir questionner ou discuter avec les usagers, les proches ou les membres du personnel permet aux membres des comités de détecter des signes, qui peuvent être révélateurs de violence ou de négligence.

#### ***7.1.4 Les outils utilisés par les CU pour recueillir les situations de maltraitance et les traiter***

Pour être informés des situations de maltraitance et les traiter, les membres des trois CU s'outillent, en obtenant et en consultant divers documents pertinents, entre autres, sur le fonctionnement des CU et les droits des usagers ou en participant à des formations ou à des colloques.

- *Documents à consulter*

Dans le rapport annuel 2012-2013 du CU 1, il est précisé, qu'au début de leur mandat, les membres du CU et des CR reçoivent le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des CU et des CR* (MSSS, 2006a). Ils se procurent également différents documents sur les droits et les obligations des usagers, comme le code d'éthique de l'établissement, des extraits de la LSSSS, de la Charte des droits et libertés et du Code Civil du Québec, des textes des différentes politiques et orientations ministérielles au besoin et des textes de procédure d'examen des plaintes. Les membres du CU 1 ont aussi en leur possession le dépliant du CAAP et le bottin des organismes du Centre d'action bénévole de leur région.

À une des rencontres du CU 3, un membre explique que le comité est en train de se monter une bibliothèque de documents pertinents pour consultation, qui comprend les documents exposés ci-dessus (dans le CU 1), ainsi que les documents reçus par les membres des comités lorsqu'ils participent à différents événements, formations ou colloques (observation, 21 novembre 2014). Cela n'a pas été mentionné dans les CU 1 et 2.

- *Formations et colloques*

Pour bien comprendre leur mandat de défense des droits des usagers, les membres des trois comités suivent différentes formations ou participent à des colloques.

Les membres des CU et des CR, qui ont participé à notre étude, ont suivi la formation intitulée *Introduction aux fonctions des comités*, donnée par Mme Francine Bergeron du RPCU. Cette formation, d'une durée de quatre heures, vise, entre autres, à habiliter les

membres des comités sur leurs fonctions, leur rôle et leurs responsabilités et ce, tels que prévus dans la LSSSS. Lors de cette formation, un cartable a été remis à chacun des membres, qui comprend notamment une fiche sur la maltraitance envers les aînés (procès-verbal du 16 septembre 2014, CU 1).

Durant l'année étudiée, soit d'avril 2014 à avril 2015, des membres des trois CU ont aussi assisté au colloque annuel du RPCU, ainsi qu'aux journées régionales des CU, où ils ont eu la chance d'assister à différentes présentations. Lors d'une de ces journées régionales, par exemple, Maître Dupuis, du CPM, a fait une présentation sur les droits des usagers. Il a présenté 10 cas. Le président du CU 3, qui a vu cette présentation, dit en rencontre du CU :

« j'ai aimé le cas où un plaignant, désagréable dans sa façon d'être, agressif, il peut quand même gagner sa cause. S'il a raison, il a raison. Il ne faut pas se fier à l'attitude pour décider si le CU va supporter quelqu'un ou non » (observation, 16 octobre 2014).

Avec l'accord de Me Dupuis, le contenu de cette formation est disponible pour consultation au bureau du CU. Lors de cette journée, les membres des comités ont aussi assisté à une conférence donnée par la Commissaire de la santé et du bien-être, et ils ont reçu le document « Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé », qui est aussi disponible au bureau du CU 3.

Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, a participé à un colloque sur la maladie d'Alzheimer, organisé par Carpe Diem. Il raconte :

« dans les différentes présentations, il y avait des mises en situation qui me seront utiles dans ma pratique au CR. Elles permettaient de voir ce qui allait ou n'allait pas dans les différents milieux de vie. Que l'aspect relationnel entre les individus est très important. Concernant les personnes agressives, il y a toujours une raison à cela. Il est possible de découvrir le langage de la personne pour arriver à la comprendre. Le fait d'assister à ce colloque me

permet de revenir motivé dans mon implication au CR. Cela va aussi me permettre de nuancer les propos et les recommandations de la personne responsable pour l'établissement d'un plan pour limiter les comportements perturbateurs. C'est le milieu qui doit s'adapter, pas le résident » (observation, 19 février 2015, CU 3).

Or, le fait que les membres des CU ou des CR suivent des formations ou assistent à des colloques les motivent dans leur engagement au sein des comités, leur permet de connaître ce qui se fait dans d'autres milieux, en plus d'enrichir leur travail au sein de leur propre comité. Ils peuvent imaginer plus facilement des mesures ou des solutions pour contrer les situations de maltraitance et sont mieux outillés pour remettre en question ou être plus critique vis-à-vis des solutions proposées par les directions.

La présidente du CU 2 par exemple a trouvé une solution à une situation de maltraitance — aux sacs verts utilisés pour libérer la chambre du défunt, en participant à un colloque sur les soins palliatifs. Elle mentionne ceci :

« en assistant au colloque sur les soins palliatifs, dans un atelier (...) quelqu'un (...) nous disait ce qu'ils avaient fait à l'hôpital des vétérans, puis il y avait ça [des sacs mieux adaptés à cette réalité]. J'étais avec la directrice des soins palliatifs, alors je disais : "on pourrait demander à la fondation et nous on pourrait en payer une partie [le CU], ça serait le fun". Puis elle a dit : "tant qu'à le faire pour les soins palliatifs, on va le faire pour l'ensemble du centre, puis on va le proposer aux autres". Alors [plusieurs fondations ont accepté] » (entrevue, 18 février 2015, situation 7).

En participant à des colloques ou à des formations, les membres des comités entrent en contact avec différentes personnes, dont d'autres CU ou CR ou avec les regroupements provinciaux des CU ou des CR, desquels ils peuvent recevoir des informations ou des suggestions.

Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, précise d'ailleurs qu'il est nécessaire pour les membres des comités de recevoir de la formation (une formation équivalente pour



tous les membres), et d'échanger entre comités (entre membres des CR du CSSS par exemple), pour faciliter leur travail. C'est entre autres pourquoi un nouveau comité est en train de se former dans ce CSSS, qui regroupe les membres du CU, qui siègent aussi à un CR. Il explique :

« on a décidé qu'il y aurait un sous-comité du CU, pour les CR, à partir duquel on va se donner à la fois des objectifs et un plan d'action, pis des formations équivalentes pour tout le monde, pour distribuer le travail. Ça va rassembler l'ensemble [des membres du CU, qui siègent aussi à un CR]. C'est en fait un comité pour améliorer la qualité au sein des CR. Par exemple, si l'on veut se donner une formation sur les droits des usagers, de faire venir quelqu'un, ou de faire venir l'ombudsman, on déciderait que ce serait bien d'inviter telle personne, pour faire une rencontre avec tous les CR, une rencontre commune. Pour arriver à avoir une formation similaire. Comme ça on ne pourra pas dire, "nous autres on n'a pas eu une bonne formation", on a tous eu la même. Ça va nous permettre d'échanger entre les gens. De voir ce qu'ils ont compris, etc. Chacun des CR va continuer à exister. Le CU va s'assurer d'apporter l'aide, si on a besoin d'aide ou des choses comme ça » (entrevue, 18 septembre 2014, CU 3).

Dans la prochaine partie de la thèse, nous verrons en quels mots sont appliquées les formations reçues par les membres des trois CU; ce vocabulaire n'est pas toujours celui de la défense des droits ou de la maltraitance.

Tableau 13: Ce que font les CU pour s'informer des situations de maltraitance — les recevoir, être mis au courant, en être témoins, etc.

---

**Les membres des trois CU mettent en place des moyens d'information ou de signalement des situations « informels » :**

- ils observent ce qui se passe dans les milieux;
- ils participent aux activités qui s'y déroulent;
- ils échangent de façon informelle avec les usagers, leurs proches et les membres du personnel, dont les membres de la direction.

*Les membres qui sont des résidents :*

- peuvent observer à tout moment ce qui se passe dans les établissements, puisqu'ils y vivent;
- en étant attentifs à ce qui se passe dans les milieux, en ayant une connaissance des droits des usagers, et en reconnaissant la maltraitance, ils peuvent rapporter les situations qu'ils vivent eux-mêmes, celles dont ils sont témoins ou celles qui leur sont rapportées par les autres usagers ou leurs proches, au CU ou au CR, en plus de préciser les causes de ces situations, les moments où elles se produisent et leur importance pour les résidents.

*Les membres qui sont des bénévoles :*

- peuvent observer ce qui se passe dans les milieux et échanger avec les usagers ou leurs proches de façon informelle, lorsqu'ils participent aux activités des usagers;
- cela leur permet de se faire connaître, de les questionner sur la satisfaction qu'ils ont des soins ou des services, de leur faire connaître le rôle des comités en cas d'insatisfactions, et d'être informés de leurs préoccupations ou de leurs insatisfactions;
- un tel contact crée un climat propice à la révélation des situations de maltraitance.

*Les membres qui sont des proches des usagers :*

- peuvent profiter des moments où ils rendent visite à leur proche hébergé pour observer ce qui se passe dans les établissements et échanger avec les autres usagers ou leurs proches;
- peuvent donner des coups de main aux membres du personnel, qui leur permettent d'observer ce qui se passe dans le milieu et d'être témoins de situations de maltraitance;
- en étant présents quotidiennement dans les établissements, les membres parviennent à avoir une certaine connaissance des soins et des services qui doivent être administrés aux résidents, et peuvent expérimenter des procédures qu'ils jugent inadéquates.

*Les membres du personnel :*

- peuvent informer les membres des comités des situations présumées de maltraitance dont ils sont témoins, en discussions informelles de corridors;
- la direction générale peut aussi informer les membres des situations de maltraitance et des mesures mises en œuvre.

---

**Les membres des trois CU mettent en place des moyens d'information ou de signalement des situations plus « formels » :**

*Les activités de promotion et de sensibilisation dans divers endroits du CSSS :*

- permettent aux membres de porter une attention particulière à l'environnement physique et humain;
-

- 
- permettent aux membres de discuter avec les usagers, leurs proches et les membres du personnel, de se faire connaître, de recueillir des informations sur des situations de maltraitance, et de les informer de ce que les comités peuvent faire pour les traiter.

*Les assemblées générales annuelles :*

- permettent aux familles d'exprimer leurs insatisfactions à l'égard des soins ou des services reçus par leurs proches hébergés, et de faire des suggestions ou des demandes aux comités;
- permettent aux membres des comités de faire connaître leur rôle auprès des instances concernées, d'informer la population des gestes faits durant l'année pour améliorer les situations regrettables, et d'offrir aux participants des objets promotionnels.

*Les présences au bureau du CU, les rencontres individuelles et les moyens de communication :*

- les membres des trois CU assurent une présence à leur bureau de comité, selon leurs disponibilités; ils établissent un horaire et l'affichent pour que les usagers ou leurs familles puissent venir les rencontrer s'ils le désirent;
- ils mettent à la disposition des usagers différents moyens de communication écrit ou verbal;
- les membres peuvent se déplacer dans les CHSLD pour rencontrer individuellement les résidents qui ont pris contact avec eux par téléphone, lorsqu'ils ne peuvent pas se déplacer ou qu'il est difficile pour eux de le faire;
- lorsque les membres rencontrent les usagers ou les familles, ils peuvent écouter leurs insatisfactions et leurs suggestions.

*Les rencontres des CU :*

- dans le CU 1, lors de ces rencontres, la coordonnatrice fait un rapport aux autres membres des situations portées à son attention par les usagers ou les familles, au point prévu à l'ordre du jour, nommé rapport de la coordonnatrice; dans les deux autres CU, il ne semble pas y avoir une personne en particulier qui joue ce rôle;
- dans les trois CU, lors de leurs rencontres, il y a un point à l'ordre du jour où les membres des CU, qui siègent aussi à un CR, peuvent s'exprimer; ils peuvent ainsi faire part aux autres membres des situations dont ils ont été témoins ou dont ils ont été informés par les usagers ou leurs familles;
- les représentants de la direction ou les directions, qui assistent aux rencontres, peuvent informer les membres de certaines situations.

*Les rencontres de comités des CSSS :*

- des membres des trois CU sont informés de situations de maltraitance en siégeant au comité de vigilance et de la qualité. Il n'y a toutefois pas d'échange d'informations entre ce qui est discuté à ce comité et le CU, du fait, entre autres, de la confidentialité; une des façons de la contourner, dans les situations qui le requièrent, est de parler du problème de façon générale, pour trouver des mesures ou des solutions.

*Les sondages de la satisfaction de la clientèle :*

- les trois CU évaluent la satisfaction des résidents des centres d'hébergement notamment, en réalisant des sondages, qui abordent plusieurs aspects de la vie dans ces établissements; ces sondages permettent de cibler les points à améliorer;
- un membre du CU 3 mentionne que les sondages ne sont pas suffisants pour recueillir les insatisfactions des usagers, surtout ceux qui sont sans visite.

---

**Les membres des trois CU doivent posséder certaines habiletés pour être mis au courant des situations :**

« *Savoir observer* » *ce qui se passe dans les établissements :*

- des membres des trois CU, qui sont des résidents, des proches ou qui ont été un proche de résident, maintenant décédé, portent une attention particulière aux soins et aux services administrés ou non aux usagers, aux comportements des membres du personnel, aux comportements ou à la condition physique des usagers, ainsi qu'à des éléments plus structuraux dans l'organisation;
- il semble important que les membres varient leurs moments d'observation pour détecter la maltraitance et avoir une lecture plus globale de la vie dans les CSSS.

« *Savoir écouter* » *les besoins ou les problèmes qui se font sentir à l'intérieur des établissements :*

- le président du CU 3 précise que les membres, qui sont des proches, sont souvent habiletés à entendre les situations inacceptables, car ils ont des expériences et une connaissance de la vie en hébergement, et sont sensibles à ce qui se passe dans le milieu et aux besoins des usagers.

« *Savoir questionner* » *les usagers, les proches ou les membres du personnel :*

- permet aux membres de connaître les insatisfactions des usagers, et de valider ou de confirmer leurs suspicions de maltraitance;
- en discutant avec les personnes présumées maltraitantes, les membres peuvent jauger leurs réactions et constater l'intentionnalité ou non du geste ou de l'action.

---

**Pour être informés des situations de maltraitance et les traiter, les membres des trois CU s'outillent :**

*En obtenant et en consultant divers documents pertinents :*

- le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des CU et des CR*, le code d'éthique de l'établissement, des extraits de la LSSSS, de la Charte des droits et libertés et du Code Civil du Québec, des textes de différentes politiques et orientations ministérielles et des textes de procédure d'examen des plaintes;
- les membres du CU 1 ont en leur possession le dépliant du CAAP et le bottin des organismes du Centre d'action bénévole de leur région;
- le CU 3 se monte une bibliothèque de documents pertinents pour consultation; ce qui n'a pas été mentionné dans les CU 1 et 2.

*En participant à des formations ou à des colloques :*

- des membres ont suivi la formation *Introduction aux fonctions des comités* donnée par le RPCU; ont assisté au colloque annuel du RPCU, ainsi qu'aux journées régionales des CU; et un membre du CU 3 a participé à un colloque sur la maladie d'Alzheimer;
  - cette participation motive les membres dans leur engagement au sein des comités, leur permet de connaître ce qui se fait dans d'autres milieux, en plus d'enrichir leur travail au sein de leur propre comité : ils peuvent imaginer plus facilement des mesures ou des solutions pour contrer la maltraitance, et sont mieux outillés pour remettre en question ou être plus critique vis-à-vis des solutions proposées par les directions;
  - les membres entrent en contact avec différentes personnes, dont d'autres CU ou CR ou avec les regroupements provinciaux des CU ou des CR, desquels ils peuvent recevoir des informations ou des suggestions.
-

## 7.2 Comment les CU « analysent » les situations de maltraitance

Dans cette partie, nous verrons comment les membres des CU analysent les situations de maltraitance, c'est-à-dire comment ils les qualifient, les apprécient, les jugent, bref comment ils les interprètent, pour convaincre la direction de la gravité ou de la fréquence d'un problème, et pour proposer des mesures ou des solutions.

### 7.2.1 *Les mots employés par les membres des CU pour qualifier les situations de maltraitance*

Le tableau 9, présenté dans la partie 6.2 de la recherche sur *la nature et les causes des situations de maltraitance soumises aux CU ou dont ils sont témoins*, et placé en annexe 7 de la thèse, donne une description de l'ensemble des 69 situations de maltraitance (ou présumées) portées à la connaissance des CU, et rend compte des mots employés par les membres pour les qualifier.

À la lecture du tableau 9, on constate que treize situations sur 69 ont été qualifiées de *maltraitance* par la coordonnatrice du CU 1 (situation 3, 10 et 24), les présidents des CU 2 (situations 3, 4, 8, 9, 10 et 11) et 3 (situations 1, 2 et 6) et un membre du CU 3 (situation 4). Le président du CU 3 par exemple raconte une situation :

« [un membre du CU 3, qui siège également à un CR, mentionne] que le temps de réponse (...) au besoin d'élimination [des résidents] c'est bien trop long (...). J'ai dit : OK (...) on va documenter notre chose. (...) Dans chacun de vos CHSLD, essayez de voir les temps, si c'est plus de 10 minutes, 15 minutes, les phrases qui sont dites aux usagers ou aux résidents, dans le sens : fais-le dans ta couche et je vais te changer tantôt! (...) [C'est] le dossier qui a pris le plus d'énergies, le plus de temps dans les dernières années par rapport à, parce que j'appelle ça de la maltraitance » (entrevue, 22 septembre 2014; situation 2).

Il y a donc très peu de membres des CU, autres que les présidents, qui ont qualifié les situations portées à leur attention, ou dont ils ont été témoins, de *maltraitance*. Ce

résultat est corroboré par les propos du président du CU 3 lorsqu'il mentionne : « [les membres du CU] ne parlent pas de maltraitance. Ce n'est pas un vocabulaire québécois » (entrevue, 22 septembre 2014).

La présidente du CU 2 précise aussi, même s'il s'agit de la personne qui a le plus de fois utilisé le mot *maltraitance* pour qualifier les situations portées à l'attention du comité (dans six situations) :

« des grosses situations comme on voit dans les médias [des situations de maltraitance], j'ai beau fouiller, mais en même temps, dans les médias, c'est du sensationnalisme! Tu lis le Journal de Montréal, il est écrit que c'est de la bouillie! Mais oui, c'est une personne qui fait de la dysphagie, elle a besoin que je lui donne cela pour manger. Que veux-tu que je lui donne sinon, un gros steak, qu'elle s'étouffe, puis qu'elle meurt? » (5 novembre 2014).

La présidente semble ainsi associer la maltraitance à de graves situations qui sont diffusées dans les médias.

Pour sa part, la coordonnatrice du CU 1 emploie le mot *abus* comme un synonyme du mot maltraitance. Elle dit par exemple :

« c'est un autre genre d'abus [un résident de CHSLD qui passe par la toilette communicante de sa chambre pour s'introduire dans la chambre de sa voisine résidente, et qui pose, entre autres, des gestes à caractère sexuel] » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 7 du CU 1).

Le tableau 9 montre aussi que c'est seulement dans le CU 3, que les membres ont qualifié les situations 4, 8, 11, 12, 13 et 24 par les formes que peut prendre la maltraitance envers les aînés, soit de *violence* ou de *négligence* (Comité sur la terminologie, 2016). Un membre du CU 3 par exemple exprime ceci : « une personne me racontait cette semaine qu'un bénévole empêchait une [résidente] d'entrer pour aller à la messe. (...) C'est une forme de petite violence » (entrevue, 18 septembre 2014; situation 11 du CU3). Pour le mot *négligence*, un membre du CU 3 mentionne : « on

retrouve encore, année après année (...) de la négligence (...) au niveau de l'hygiène des lieux » (entrevue, 18 décembre 2014; situation 12 du CU 3).

La coordonnatrice du CU 1, la présidente du CU 2 et un membre du CU 3 ont qualifié sept situations par les types que peut prendre la maltraitance envers les aînés (Comité sur la terminologie, 2016). Ils ont nommé la *maltraitance psychologique* (situation 1 et 4 du CU 1) ou le *harcèlement psychologique* (situation 24 du CU 1), *l'âgisme* (situation 1 du CU 1), la *maltraitance financière* (situation 10 du CU 1; situation 13 du CU 2; situation 1 du CU 3) ou *l'abus financier* (situation 10 du CU 1; situation 25 du CU 1), et la violation des droits des usagers ou des résidents (un *manquement ou une atteinte à la dignité* [situation 2 et 4 du CU 1]; un *manquement dans le respect des droits* [situation 4 du CU 1]; une *situation qui touche le droit des personnes* [situation 18 du CU 3]).

Dans deux situations, la coordonnatrice du CU 1 a aussi nommé des *manquements dans l'administration des soins et des services* aux résidents et aux usagers. Elle dit, par exemple, « la qualité des services n'est pas respectée » (observation, 27 mars 2014; situation 3, du CU 1). Dans une autre situation, elle énonce *une atteinte à la qualité de vie* des résidents, *une atteinte à leur bien-être* (situation 13 du CU 1).

Le mot *représailles* a été employé par la coordonnatrice du CU 1 et un membre du CU 3. Ce dernier divulgue ceci : « [une résidente] a eu des conséquences après qu'il y a eu vraiment processus de plainte jusqu'à la commissaire. [Elle] a été engueulée par la chef de service de l'époque. C'était des représailles » (entrevue, 18 décembre 2014; situation 8 du CU 3).

Le tableau 9 montre que dans dix-sept situations soumises aux CU ou dont ils ont été témoins, les membres des comités ont employé divers *adjectifs* pour les qualifier : une situation *dangereuse* (situation 23 du CU 1); *grave* (situation 12 du CU 2); *intenable* (situation 22 du CU 3); *épouvantable* (situation 14 et 17 du CU 1); *écœurante* (situation 5 du CU 1); *pénible* (situation 19 du CU 3); *désagréable* (situation 6 du CU 2); *catastrophique* (situation 3 du CU1); *déstabilisante* (situation 24 du CU 1); *préoccupante* (situation 15 du CU 2; situation 8 du CU 3); *louche* (situation 23 du CU 3); *problématique* (situation 14 du CU 1); *malheureuse* (situation 17 du CU 1); *taboue* (situation 10 du CU 3); *pas normale* (situation 25 du CU 1; situation 2 du CU 2); *pas correcte* (situation 20 du CU 1); *pas hygiénique* (situation 13 du CU 1).

Dans deux autres situations, ils ont employé des *noms* : une situation d'une *tristesse* absolue (situation 11 du CU 3); une situation qui ne correspond pas à une *norme* (situation 7 du CU 3).

Dans quatre autres situations, ils ont utilisé des *verbes* (ou des participes passés) : une situation qui s'est *détériorée* (situation 12 du CU 2); qui ne devrait *pas se produire* (situation 2 du CU 1); qui doit être *dénoncée* (situation 15 du CU 1); un *problème sous-évalué* (situation 24 du CU 3).

Les membres des comités ont également usé d'*expressions variées* dans dix situations : *ça n'a pas de bon sens* (situation 5 du CU 1; situation 1 et 2 du CU 2); *ça n'a pas d'allure* (situation 4 du CU 1; situation 2 et 3 du CU 3); *c'est dommage* (situation 16 du CU 1; situation 15 et 19 du CU 3); *ça ne marchait pas* (situation 10 du CU3).



Or, dans 33 situations, donc généralement, les membres des CU vont employer des adjectifs, des noms, des verbes ou des expressions autres que ceux ayant trait explicitement à la *maltraitance*, à la *violence* ou à la *négligence*, pour qualifier les situations portées à leur attention par les usagers, les résidents ou leurs proches ou dont ils sont témoins. En entrevue, la présidente du CU 2 corrobore ce résultat lorsqu'elle dit :

« ce n'est pas humain, ça atteint la dignité, il me semble que ce n'est pas normal, [les membres du CU] vont tourner autour de ce vocabulaire-là, mais ils ne diront pas que c'est de la maltraitance ou de la violence, et c'est exactement le même phénomène qu'en violence conjugale, le mot n'est jamais dit, parce que c'est quelqu'un qui connaisse » (entrevue, 5 novembre 2014).

Bien que les membres des CU utilisent peu (ou pas) le terme « maltraitance », ils ne minimisent pas la gravité des situations, au contraire.

On voit aussi que dans un grand nombre de situations (22 situations), présentées dans le tableau 9, les membres des CU n'emploient pas de mot particulier pour les qualifier — il n'y a *pas de mot particulier qui ressort*; ils décrivent plutôt les comportements jugés inadéquats ou inacceptables (situation 6, 8, 9, 11, 18, 19, 21, 22, 26 et 17 du CU 1; situations 5, 7, 14, 16, 17 et 18 du CU 2; situations 5, 9, 14, 16, 17 et 21 du CU 3). Par exemple, dans la situation 25 du CU 3, un membre du comité raconte que son père, hébergé au CHSLD, était dans sa chambre. Une infirmière est entrée pour lui donner ses médicaments. Elle a pris le gobelet de médicaments et lui a mis près de la bouche pour qu'il les avale toutes. Elle forçait pour qu'il ouvre la bouche. « Il aurait pu s'étouffer! » (entrevue, 18 décembre 2014). Dans cette situation, le membre décrit les comportements inadéquats de cette infirmière, mais ne précise pas qu'il s'agit de maltraitance physique sous forme de violence. Or, dans ces situations, où il n'y a *pas de mot particulier qui ressort*, les attitudes et les comportements décrits par les membres des CU peuvent avoir

trait à de la maltraitance, dont à de la maltraitance envers les aînés; ils ne sont juste pas nommés ainsi par les membres des comités.

Ces résultats nous amènent à penser que, comme les membres des comités utilisent peu le vocabulaire de la défense des droits et de la maltraitance, ainsi que la perspective ou le cadre d'analyse de la maltraitance — notamment celui de la maltraitance envers les aînés, leurs analyses des situations pour convaincre la direction de la gravité ou de la fréquence d'un problème, et pour proposer des mesures ou des solutions, peuvent en être appauvries. On peut effectivement faire l'hypothèse que si les membres étaient mieux outillés « conceptuellement » sur la maltraitance, dont sur la maltraitance envers les aînés (ex. sur sa terminologie), ils pourraient reconnaître plus facilement les situations dans les milieux — voir que la maltraitance ne renvoie pas seulement à de la violence physique extrême, et être plus familiers au vocabulaire de la maltraitance, pour s'armer de mots pour qualifier les situations portées à leur attention; avoir les mots justes pour décrire les problèmes. L'usage du cadre d'analyse de la maltraitance — notamment celui de la maltraitance envers les aînés, pourrait aider les comités à mieux comprendre les causes des situations ou des problèmes, leurs sources et trouver des correctifs ou les prévenir. Les membres auraient un langage et une perspective commune. Un langage commun, compréhensible pour tout un chacun permet d'éviter les ambiguïtés et les confusions, qui peuvent avoir de lourdes conséquences pour toute personne (aînée) maltraitée ou témoin de maltraitance.

### ***7.2.2 L'analyse des situations de maltraitance « collectives » et « individuelles »***

Pour les membres des trois CU, les situations de maltraitance sont dites « collectives » lorsqu'elles sont vécues par plusieurs usagers, comme c'est le cas par exemple, dans les

situations où, par manque de personnel, les résidents ne sont pas changés de culottes d'incontinence de tout l'après-midi (observation, 10 septembre 2014; situation 2 du CU 2) ou ne reçoivent pas leur bain (observation, 10 septembre 2014; situation 8 du CU 2). Ces situations peuvent être perpétrées par plusieurs individus (ex. par plusieurs équipes de soins), et une même situation peut être vécue dans différents milieux. Les situations de maltraitance sont aussi jugées comme étant « collectives », par les membres des CU, lorsqu'elles sont récurrentes ou répétitives ou lorsqu'elles concernent des questions « structurelles » comme le manque de ressources.

Les rencontres des CU et des CR sont des moments propices pour reconnaître les situations de maltraitance « collectives ». Dans les rencontres des CU par exemple, un point à l'ordre du jour permet aux membres de s'exprimer sur ce qui se passe dans les différents milieux qu'ils représentent, telles les situations de maltraitance. D'autres membres du CU peuvent, à ce moment, mentionner qu'ils ont été témoins ou informés du même problème dans leur établissement. Dans la situation où des résidents n'ont pas été habillés et lavés durant plusieurs jours, par manque de personnel, la coordonnatrice du CU 1 mentionne clairement :

« c'est lors de la réunion au CU que les autres représentants des centres ont parlé en disant qu'eux aussi avaient vécu cette situation, qu'elle leur avait été rapportée par des résidents ou par exemple, qu'ils ont vécu cela avec leur frère qui est hébergé. (...) il y en a qui vont lever la main, qui vont dire "oui ça se passe" (...) c'est arrivé l'année passée au niveau des ressources humaines quand il a manqué beaucoup de personnel où tout le monde a réagi » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 3).

Voici deux autres exemples de rencontres de comités, où les membres découvrent la nature « collective » des situations. Le premier exemple se produit lors d'une rencontre du CU 1. Un membre informe les autres membres qu'il n'y a personne au poste des

infirmières lors des changements de quart de travail des employés dans un CHSLD — l'équipe de jour explique à l'équipe de soir ce qui s'est passé dans la journée et cela se passe dans un local fermé. Il raconte : « ça n'a pas de bon sens, on cogne à la porte pour avoir un renseignement, [les membres du personnel] ne répondent même pas! Il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui reste au poste ». Un autre membre du CU ajoute que sur les heures des repas, les employés sont avec les résidents, qui mangent à la salle à manger, et que d'autres employés font le service aux chambres. « Seulement, il y a des résidents qui s'arrangent dans leur chambre, s'ils tombent, il reste là une heure parce que les autres font le service! Il n'y a personne au poste ». Un autre membre dit : « moi aussi j'ai vu ça! On a tous le même problème » (observation CU 1, 8 janvier 2015).

Le deuxième exemple se produit dans une rencontre du CU 3. Un membre mentionne que dans un CHSLD, il semble y avoir un nouveau règlement puisque les téléviseurs ont été retirés des fumoirs. Les résidents trouvent qu'il s'agit d'un objet de plainte. Il dit que cette façon de faire est louche. Les résidents ont le droit de recevoir des services. On ne sait pas trop pourquoi les téléviseurs ont été retirés. Il a recueilli des témoignages qui vont dans le sens que les fumoirs sont leurs lieux d'appartenance au groupe qui se tient là. Un autre membre du comité mentionne que lorsqu'il est allé visiter son père, il a vu la même chose (dans un autre centre). Il dit que cette situation est triste parce que les gens aimaient se réunir au fumoir pour discuter et écouter la télévision. C'est un des seuls plaisirs qu'ils ont. Les résidents sont déçus (observation, 19 février 2015).

Dans les deux situations ci-dessus, on voit que lorsque les membres des comités échangent sur les situations de maltraitance « collectives », ils en profitent pour faire part de leurs émotions ou de leurs sentiments vis-à-vis des situations (ex. « la situation

est triste »), ils montrent leur indignation (ex. « ça n'a pas de bon sens! »), ils énoncent rapidement ce qui devrait être fait pour éviter que de telles situations se reproduisent (ex. « il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui reste au poste »), et mettent de l'avant les insatisfactions des résidents (ex. « les résidents trouvent qu'il s'agit d'un objet de plainte ») et leurs sentiments (ex. « les résidents sont déçus »).

La découverte de la nature collective des situations de maltraitance se produit également lors des rencontres des CR, lorsque les membres discutent d'un certain problème et s'aperçoivent que ce dernier est vécu par plusieurs résidents ou familles. La coordonnatrice du CU 1 par exemple, raconte une situation :

« les familles se plaignaient parce que dans ce CHSLD, une semaine, la dame se fait couper les cheveux, lavé et placé, ça lui coûte 20 \$, la semaine suivante c'est un 50 \$. (...) Même autour de la table, les gens disaient : "moi faire coiffer mon mari ça coûte tant, et les prix n'étaient pas pareil" » (entrevue, 26 mars 2015; situation 25).

Pour les membres des trois CU, une situation est dite « individuelle » lorsqu'elle concerne seulement un usager. Le président du CU 3 par exemple, précise ceci : « si c'est juste une situation avec une personne spécifique, ça peut arriver où on ne fera pas de démarche *at large*, mais avec la personne et la direction » (entrevue, 22 septembre 2014). La présidente du CU 2, de son côté, mentionne : « s'il s'agit d'une plainte, c'est individuel. (...) Tu vas voir la chef de service, tu dis : "il s'est passé cela" » (entrevue, 5 novembre 2014).

Les situations individuelles sont souvent rapportées aux membres des CU, lorsqu'un usager ou un membre de famille se présente au bureau du comité ou y téléphone pour les informer d'une situation qui les affecte personnellement ou un de leur proche. Une insatisfaction individuelle toutefois, formulée par un usager ou un membre de famille,

peut révéler un problème plus général — un problème « collectif ». En voici deux exemples.

Lors d'une rencontre du CU 2, un invité dit ceci :

« j'ai posé clairement la question à l'infirmière pivot et elle m'a dit effectivement que ça l'affectait tous les résidents qui devaient avoir une toilette par ces gens-là. Alors, ce n'était pas juste ma mère. Moi j'en ai parlé pour ma mère, mais ça l'affectait, le nombre exact, je ne sais pas, je pense que c'est huit ou douze résidents » (entrevue, 18 février 2015; situation 2).

Dans la situation 6 du CU 2, qui à trait aux personnes en fin de vie qui ne peuvent pas vivre leurs derniers moments en toute intimité avec leurs proches, du fait des chambres à deux lits dans un CHSLD, le trésorier a amené cette situation au CU, comme point à l'ordre du jour, puisqu'il s'est dit que s'il avait vécu cette situation avec sa mère, il était sûrement possible que d'autres usagers vivent la même chose (entrevue, 18 février 2015).

### ***7.2.3 L'analyse de la fréquence et de la gravité des situations de maltraitance pour convaincre la direction***

*Sur quelles bases les membres des CU jugent de la fréquence d'un problème?*

Les situations « individuelles » ou « collectives » portées à la connaissance des CU peuvent être singulières — se produire une fois à un moment précis, ou répétitives.

Une situation est dite « répétitive », lorsque les membres des CU l'entendent souvent dans les milieux, comme lorsque la coordonnatrice du CU 1 mentionne : « ma p'tite madame, mon p'tit monsieur, on entend souvent dire ça, par le personnel, par les gardiens de sécurité, envers les résidents » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 1). Une situation est aussi dite « répétitive », lorsqu'elle se produit plus d'une fois, comme lorsqu'une résidente demande à ce que ce soit une préposée femme qui lui donne son

grand bain et qu'à deux reprises on lui refuse (entrevue coordonnatrice du CU 1, 3 décembre 2014; situation 2). Une situation peut aussi perdurer dans le temps, se « répéter » sur plusieurs jours, comme dans la situation où, par manque de personnel, des résidents n'ont pas été habillés et lavés durant plusieurs jours » (observation, 27 mars 2014; CU 1).

Pour le président du CU 3, il est important qu'un problème se répète dans l'organisation pour entreprendre des actions. Il explique :

« on doit avoir une demande ou une information (...) qu'on est capable de valider, de trouver, de prouver que oui ça se fait, que ce n'est pas un incident une fois et que c'est fini. (...) il faut que ça se répète quelques fois pour voir qu'il y ait un problème » (entrevue, 22 septembre 2014).

Pour les présidents des CU, ce n'est pas parce qu'un problème est nommé une fois, en rencontre de CU notamment, que les membres doivent mettre en œuvre une démarche collective pour le contrer. La notion de répétition du problème est importante pour entreprendre une telle démarche.

#### *Sur quelles bases les membres des CU jugent de la gravité d'un problème?*

Une situation de maltraitance est jugée comme étant « grave » par les membres des trois CU, lorsqu'elle cause du tort ou de la détresse aux usagers; le tort et la détresse sont d'ailleurs l'un des éléments importants de la définition de la maltraitance envers les aînés retenue dans cette recherche (OMS, 2002, dans MFA, 2010). Ils prennent connaissance que les usagers n'aiment la situation dans laquelle ils se trouvent, qu'ils ne s'y sentent pas bien et qu'ils sont blessés par elle. La coordonnatrice du CU 1, par exemple, dit ceci : « la [résidente] t'en parles et elle en pleure » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 4). Dans une autre situation, elle mentionne : « la [résidente me dit au

téléphone] : « Je n'en peux plus! Je n'en peux plus! ». Elle m'a dit que ça l'a ramenait dans son passé, « je n'aime pas ça et je ne me sens pas en sécurité. Je me sens menacée » » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 7 du CU 1).

Ces exemples mettent en évidence une certaine détresse psychologique vécue par les usagers, mais d'autres situations mettent en lumière du tort physique. En voici trois exemples. La coordonnatrice du CU 1 dit : « [un résident] est tombé, puis il s'est brisé une hanche » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 5). Dans une autre situation, elle mentionne : « la [résidente] se retrouve avec des plaies dans la région de sa culotte » (entrevue, coordonnatrice du CU 1, 3 décembre 2014; situation 6). Puis, la présidente du CU 2 raconte : « la [résidente] refusait de changer son pansement. (...) la situation était rendue grave. La personne était dangereuse pour elle-même. Il fallait que l'infirmière intervienne, mais elle ne l'a pas fait » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 12).

Une situation est aussi considérée comme étant « grave » par les membres des trois CU, lorsque les membres du personnel ne font pas tout ce qui est en leur pouvoir pour amenuiser le mal-être ou les souffrances vécues par les usagers. En voici deux exemples.

Dans la situation 4 du CU 1, la coordonnatrice raconte :

« quand la [résidente] a dit qu'elle ne veut pas que ce soit un préposé homme qui lui donne son bain, parce qu'elle a été victime, dans le passé, de viol, donc pour elle c'est impossible! (...) La résidente m'a dit : "c'est ma dignité, je n'aime pas ça, je ne me sens pas bien comme ça. [J'en ai] parlé aux préposés, à l'infirmière, mais il n'y a rien qui change. On me dit que ce n'est pas plein!" » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 4).

Dans une autre situation, la présidente du CU 1 mentionne :

« c'est grave là! Moi je trouve cela inconcevable que la première personne au dossier [une travailleuse sociale] n'a pas été assez, disons mature pour faire des démarches qui auraient pu au moins épargner des souffrances à la dame [abus financiers]. C'est important là! » (entrevue, 3 décembre 2014).



*Ce que font les CU pour convaincre la direction de la fréquence ou de la gravité d'un problème*

Les membres des CU ne traitent pas les situations de maltraitance « collectives » et « individuelles » de la même façon. La présidente du CU 2 dit clairement :

« le CU a à faire un travail de droit, un travail général. (...) En réunion de CU, les membres vont regarder si la situation se reproduit pas mal. (...) [Et là on se dit] on se trouve face à tel genre de problèmes. S'il s'agit d'une plainte, c'est individuel, il n'y a pas de dossier d'observation de monté. Tu vas voir la chef de service, tu dis : "il s'est passé cela". (...) si c'est un dossier une fois, ou si c'est systémique, ce n'est pas la même démarche » (entrevue, 5 novembre 2014).

Or, selon les propos de la présidente du CU 2, dans les situations de maltraitance « collectives », les membres des comités vont documenter la situation en montant un dossier d'observation. Cela se fait d'ailleurs dans les trois CU, lorsque la situation est jugée comme étant « grave ».

Dans la situation 2 du CU 3, le président du comité explique comment les membres s'y prennent pour monter un tel dossier. Il raconte :

« un membre du CU, [qui siège aussi à un CR], dit que (...) le temps de réaction au besoin d'élimination (...) c'est bien trop long (...). Moi j'ai dit (...) on ne partira pas en peur tout de suite, on va documenter notre chose (...) dans chacun de vos CHSLD, essayez de voir les temps, si c'est plus de 10 minutes, plus que 15 minutes, les phrases qui sont dites aux usagers ou aux résidents, dans le sens : "fais-le dans ta couche et je vais te changer tantôt!" (...) On a monté un dossier. On a nommé les actions, les réactions, les non-faits, les choses qui n'étaient pas acceptables. (...) C'était un dossier écrit (...). On a fait court, le dossier avait trois ou quatre pages maximum, mais sur une page et demie, ce sont des faits (...) comme régulièrement on voit telle, telle chose. C'est plus sur le chiffre de jour, sur le chiffre de soir... ensuite, on convoque une réunion régulière du comité, puis on présente le rapport, êtes-vous d'accord avec ça, ou non. Habituellement, la réaction des membres du CU, c'est correct » (entrevue, 22 septembre 2014; situation 2).

En montant un dossier d'observation, les membres des CU peuvent valider les situations portées à leur attention et prouver la fréquence ou la gravité du problème par des faits

(ex. que la situation se produit à plusieurs reprises, à tels moments, à tels endroits et son « impact » sur les résidents). Cela est très important puisqu'au moment de porter à l'attention de la direction ces situations, cette dernière peut être « surprise » par ces informations, et avoir de la difficulté à y croire — à croire à la gravité de la situation. Le président du CU 3 par exemple mentionne ceci :

« il y a eu une surprise [de la part des membres de la direction], il y a eu des réactions par rapport à ce dossier-là. Dans le sens : “ce n'est pas si pire que ça! [Les délais de réponse aux besoins d'élimination des résidents]” Ils ont fait leur enquête, eux autres même, pour s'en assurer. Mais c'est ça, dépendamment de la personnalité de la personne qui est là, qui fait sa job du mieux qu'elle peut, pour elle ce n'est pas acceptable, “mais, ça ne doit pas se passer de même, ça n'a pas d'allure! Ça ne se peut comme pas!” Elle veut vérifier » (entrevue, 22 septembre 2014, situation 2).

Dans les situations « individuelles », les membres des trois CU vont également documenter le problème, mais de façon « individuelle » avec l'utilisateur ou les membres de famille qui portent à leur attention la situation de maltraitance. Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, explique comment il s'y prend :

« lorsqu'une famille veut se manifester, je les reçois, on regarde les problématiques, et là, on commence à travailler. On fait tout le brainstorming pour aller plus loin dans ce qu'ils veulent dire. Nous la documentons. Je les guide en entier. Souvent, ça demande deux rencontres d'au moins une heure pour tout décortiquer la situation. Souvent, ils arrivent avec la pointe de l'iceberg, ils arrivent avec quelque chose qui leur tient à cœur et qu'ils veulent absolument nous dire, mais ce n'est vraiment pas long qu'ils nous dévoilent autre chose. Il faut creuser, il faut vraiment l'articuler avec eux autres (...) pour rendre clair leurs idées et les démêler et les départager entre ça on est vraiment content, ça, on est inquiet, et ça là, c'est de l'inacceptable. (...) Je travaille avec un tableau. (...) ils me disent les points principaux qui sortent spontanément au début. Parce qu'au début, c'est un peu émotionnel et ils ne savent pas sur quel pied danser parce qu'ils ne savent pas jusqu'à quel point ils peuvent me faire confiance, ils ne me connaissent pas. Et là, on va faire un exercice où on va se démêler ensemble. Alors ça nous oblige de forer leurs idées. Souvent, il faut qu'ils se consultent entre eux autres parce qu'ils ne le savaient pas tant que ça se qu'ils voulaient nous dire. Mais une fois que nous avons tout mis en puces, que nous avons tout écrit, je leur laisse faire eux autres mêmes. Là ils sont fiers parce qu'ils ont un tableau clair, mais positif. Il n'est pas juste : “ah,

vos services ne sont pas fameux!” Ça prenait cette tangente-là ce qui créerait un climat irrespirable. (...). Mais ce que je trouve le plus beau dans ces processus-là, c’est que les familles augmentent leur participation auprès de leur membre résident (...) de prendre au sérieux leurs dires, qu’on ait pris le temps de décortiquer cela avec eux autres, [ils se sentent] respectés (...) accueillis (...). Ça crée un climat où les gens ont envie de dire ce qu’ils vivent là » (entrevue, 18 décembre 2014; CU 3).

Dans cet extrait, on voit que le membre du CU prend le temps de recevoir les personnes insatisfaites et de les écouter. Il les aide ensuite à décortiquer le problème et à le documenter. Cela permet de préciser la nature des problèmes et leur importance pour ces personnes. En s’y prenant de cette façon, le membre arrive à se faire connaître et à créer un climat de confiance, de respect, propice à la révélation des situations de maltraitance.

Pour la coordonnatrice du CU 1, il est important que les membres des comités documentent les situations de maltraitance « collectives » ou « individuelles », puisque « cela enrichit le dossier. C’est documenté, ce n’est pas des non-dits, on a des faits, des preuves, ce n’est pas juste subjectif. C’est ce qui est important et c’est ce que [les directions et la commissaire] apprécient » (entrevue, 3 décembre 2014).

#### ***7.2.4 L’analyse des situations de maltraitance pour proposer des mesures ou des solutions***

Les membres des CU informent les directions des établissements des situations de maltraitance pour qu’elles puissent « corriger le tir rapidement » (entrevue représentante de CR, 18 décembre 2014, CU 3). Ils font aussi une analyse de ces situations pour proposer des mesures ou des solutions.

L’examen ou l’analyse des situations de maltraitance, par les membres des trois CU, révèlent deux ensembles d’insatisfactions.

Le premier a trait aux situations de maltraitance « collectives », qui traduisent des *problèmes plus structuraux* dans l'organisation, comme un manque de ressources financières — qui fait en sorte qu'un dépanneur de CHSLD a dû être fermé (situation 16 du CU 1) ou que des services aux usagers ont dû être « arrêtés » (situation 6 du CU 3); un manque de personnel — qui fait que des résidents n'ont pas été habillés ou lavés durant plusieurs jours (situation 3 du CU 1; situation 8 du CU 2; situation 5 du CU 3); des règlements inadéquats ou inadaptés dans les établissements — qui ne permettent pas, entre autres, de changer la culotte d'une résidente parce que son urine n'a pas atteint la petite ligne bleue (situation 4 du CU 1); des problèmes de « structures » — comme la pente prononcée à l'arrière d'une résidence, qui empêche les résidents de sortir librement (situation 23 du CU 1), ou les chambres doubles dans les CHSLD, qui ne permettent pas aux usagers de vivre leur fin de vie en toute intimité (situation 6 du CU 2); puis, des problèmes dans l'accessibilité au CSSS (situation 14 du CU 1).

Pour cet ensemble d'insatisfactions, les mesures ou les solutions proposées par les membres des CU ont trait à des changements dans *l'organisation du travail*. Par exemple, pour pallier au manque de personnel dans les CHSLD, les membres du CU 3 suggèrent de décroisonner la période des bains. Le président du comité précise ceci :

« c'est de s'assurer de donner les bains et de les décroisonner (...) ce n'est pas obligé qu'ils soient donnés entre 8 et 10 heures. Si vous pouvez en faire à 15 h l'après-midi, faites-en, ce n'est pas juste le matin, même le soir. Alors, il y a des suggestions qui ont été faites [dans le rapport annuel du CU]. (...) C'était dans la période du manque de PAB » (entrevue, 19 mars 2015).

Les membres des CU proposent aussi des changements qui ont trait à *l'affectation de ressources* dans les établissements — comme de s'assurer qu'il y ait plus de personnel dans les CHSLD l'été, lors des périodes de vacances des employés, pour que les bains

soient donnés à tous les résidents (situation 5 du CU 3), ou de s'assurer que le système pour assurer les remplacements des employés (la liste de rappels) fonctionne mieux (situation 3 du CU 1). Les membres des CU proposent aussi des changements *structurels* — comme de mettre un ascenseur sécurisé dans un CHSLD, pour déjouer le problème de la pente apique à l'arrière d'une résidence (situation 23 du CU 1).

Pour cet ensemble d'insatisfactions, les membres des CU font des *représentations* — prennent position, émettent des recommandations, au CA ou à la direction. Les façons dont les membres des comités s'y prennent pour faire ces représentations sont documentées dans la partie de la thèse nommée : *ce que font les membres des CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance*.

Le deuxième ensemble d'insatisfactions soumises à la direction, par les membres des trois CU, a trait aux situations de maltraitance « individuelles », qui traduisent *des comportements inadéquats des membres du personnel*, telle de la violence — comme l'âgisme du personnel envers une résidente (situation 1 du CU 1); la ségrégation d'un membre de CR envers un résident trisomique (situation 11 du CU 2); la préposée qui traîne une résidente par le bras dans sa chambre (situation 14 du CU 3); le commentaire désobligeant de la caissière de la cafétéria à l'égard du conjoint âgé d'une usagère (situation 27 du CU 1), ou de la négligence — comme la préposée qui ne donne pas d'insuline à un résident diabétique parce qu'il ne portait pas son bracelet (situation 9 du CU 1); le coussin de fauteuil roulant qui a été lavé et oublié et qui a fait en sorte qu'une résidente est restée assise sur une planche de bois pendant huit heures (situation 3 du CU 1). Les situations de maltraitance « individuelles » peuvent aussi avoir trait à des *comportements inadéquats, de violence, perpétrés par des résidents* — comme un

résident qui s'introduit dans la chambre de sa voisine résidente pour y commettre des attouchements sexuels non consentis (situation 7 du CU1).

Pour cet ensemble d'insatisfactions, les mesures ou les solutions proposées par les membres des CU ont trait à des changements dans *les façons d'être* des membres du personnel. Ils proposent de rappeler aux employés l'importance de vouvoyer les résidents dans les CHSLD — la coordonnatrice du CU 1 par exemple dit ceci : « on ne tutoie pas, ce n'est pas ma belle, ce n'est pas ma beauté, c'est Mme et M. [...] » (entrevue 3 décembre 2014, situation 1), et de s'adresser *poliment* à eux et aux membres de leur famille (situation 27 du CU 1). Les membres des CU souhaitent aussi que les membres du personnel soient plus *vigilants* lorsqu'ils interviennent auprès des usagers pour leur administrer leurs soins et leurs services — qu'ils prennent le temps, par exemple, de consulter leur dossier afin de bien connaître leurs besoins en matière de soins et de services, ainsi que leurs volontés (situation 2 du CU 1). Pour contrer les comportements inadéquats des résidents, les membres peuvent aussi proposer *des solutions matérielles ou techniques* — comme l'installation d'une demi-porte à l'entrée de la chambre d'une résidente pour empêcher le résident maltraitant d'y entrer (situation 7 du CU 1).

Pour le deuxième ensemble d'insatisfaction, les membres des CU dénoncent les comportements inadéquats des membres du personnel ou des résidents aux établissements, en aidant l'usager (ou le résident) insatisfait ou le membre de famille à rédiger une plainte et à l'acheminer à la commissaire ou au médecin examinateur, ou en rencontrant la direction. Les façons dont les membres des comités s'y prennent pour réaliser ces dénonciations sont aussi documentées dans la partie de la thèse nommée : *ce*

*que font les membres des CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance.*

*Sur quelles bases les comités jugent que les situations de maltraitance doivent être soumises ou non au CU?*

C'est souvent lors des rencontres des CU que les membres portent à l'attention des autres membres les situations de maltraitance, qui leur ont été soumises ou dont ils ont été témoins, puisqu'ils souhaitent, justement, imaginer ou mettre en œuvre des mesures ou des solutions. En entrevue auprès d'un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, je dis : « aujourd'hui vous avez fait part au CU de ce que vous aviez discuté au CR. Qu'espérez-vous en amenant cette situation au CU [les comportements perturbateurs, les violences entre les résidents]? » Il répond :

« ce que je veux, c'est que ça bouge par rapport à ça et je veux qu'on arrive à apporter des solutions parce que des situations comme ça, il ne faut pas que ça dure pendant trois mois de temps, disons de juin jusqu'en septembre, pis qu'on réussisse à apporter... je ne trouve pas admissible qu'un client soit brusqué par même un autre client (...) parce qu'il peut y avoir des séquelles de ça » (18 septembre 2014; situation 4 du CU 3).

Dans cet extrait, on voit que le membre du CU, qui siège aussi à un CR, fait part aux autres membres du CU de la situation problématique, pour qu'ensemble, ils puissent trouver des mesures ou des solutions pour la corriger rapidement. Pour lui, cette situation est inadmissible, car elle peut causer du tort aux résidents.

Un autre membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, précise que c'est surtout lorsqu'une situation de maltraitance est « majeure », que les membres des CR vont en faire part au CU. Lorsqu'une situation n'est pas considérée comme telle, les membres du CR vont plutôt la traiter de façon autonome. Selon le membre du CU 3, cette autonomie des CR, dans le traitement des situations, est « assez nouvelle », et est aujourd'hui possible, car

les membres des CR comprennent bien, en général, le rôle des comités. Ils ont la volonté de défendre les droits des usagers — avant, selon lui, les membres qui y siégeaient étaient plus dans une culture de « loisir ».

Ce même membre du CU 3 précise que les membres des CU, qui siègent aussi à un CR, ont besoin de temps de travail « autres » que les rencontres des CU, pour arriver à mieux comprendre les problèmes similaires auxquels ils sont confrontés dans les différents CHSLD qu'ils représentent, pour mieux les traiter. C'est pourquoi, dans le CU 3, le besoin de créer un nouveau comité a été nommé. Il explique :

« un comité est en train de se former pour traiter le dossier des violences entre les résidents dans les CHSLD (situation 4 du CU 3). (...) On [lui et un autre membre du CU, qui siège aussi à un CR] a vraiment pris conscience (...) que nous faisons face à des besoins de personnes similaires et que nous aurions vraiment intérêt à travailler ensemble (...). C'est de nous qu'est venue l'idée de former un CR plus large, parallèle au CU, parce qu'il y avait trop de dossiers qu'on devait traiter à vol d'oiseau. Ils étaient à peine nommés [aux rencontres du CU, au point prévu à l'ordre du jour]. Nous n'avions pas cet espace au CU, il y a trop de volume de travail. (...) [Le comité va être composé de chacun des membres du CU, qui siège également à un CR] (...). Il faut se mobiliser (...) pour unifier, harmoniser nos offres de services et les clarifier. (...). Le CU a accueilli avec ouverture la proposition que nous mettions en place un comité de travail qui serait vraiment à apporter des recommandations. (...) De nous laisser cette place-là, on a déjà un gain » (entrevue, 18 décembre 2014).

Dans le nouveau comité nommé « CH ou hébergement », les membres du CU, qui siègent aussi à un CR, montent, ensemble, des dossiers communs de problèmes à traiter. Ensuite, ils en font un résumé au CU. C'était d'ailleurs une demande exprimée par les membres du CU 3, d'être informés de ce qui se passe dans le « nouveau CR plus large » et de pouvoir y contribuer lorsque nécessaire. Dans une des rencontres du CU, un membre avait dit : « quand le “nouveau” comité sera en fonction, il devrait y avoir un résumé de fait au CU. Si le comité veut des interventions de la part du CU, on va être là



pour vous appuyer. Toutes les minutes qui vous sont dévolues aux réunions du CU sont très importantes » (observation, 22 janvier 2015).

En outre, les membres des CU, qui siègent aussi à un CR, portent à l'attention des autres membres du CU les situations de maltraitance, lorsqu'ils veulent être appuyés dans leurs démarches (ex. pour faire des pressions sur l'établissement) ou lorsqu'ils ne trouvent pas de solutions dans leur propre CR, et ont besoin de se concerter pour en imaginer ou en trouver.

Dans le CU 1, il arrive aussi que la coordonnatrice porte à l'attention des autres membres du comité les situations de maltraitance « individuelles » qu'elle reçoit, pour décider des actions à entreprendre. Elle raconte une situation :

« j'ai parlé à ce monsieur (...) au téléphone (...) [et] je [lui] disais : "on va en parler au CU de ce cas-là [la maltraitance financière d'un tuteur légal envers sa mère résidente et les procédures de transfert de CSSS], on va voir ce que l'on peut faire. Si on ne peut pas faire une résolution au CA du CSSS". Je voulais documenter le tout, je voulais voir quelles actions on pouvait prendre. Si on prenait une action politique ou de quoi, mais il fallait d'abord se renseigner sur les procédures de transferts parce que moi, d'une région à l'autre, je ne savais pas » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 10).

Tableau 14 : Comment les membres des CU analysent les situations de maltraitance

---

**Les mots employés par les membres des trois CU pour qualifier les situations de maltraitance**

- 13/69 situations ont été qualifiées de maltraitance par la coordonnatrice du CU 1, les présidents des CU 2 et 3 et un membre du CU 3;
- 6/69 situations ont été qualifiées, par des membres du CU 3, par les formes que peut prendre la maltraitance, soit de violence ou de négligence;
- la coordonnatrice du CU 1, la présidente du CU 2 et un membre du CU 3 ont qualifié 7/69 situations par les types que peut prendre la maltraitance : ils ont nommé la maltraitance ou le harcèlement psychologique, l'âgisme, la maltraitance financière ou l'abus financier, et la violation des droits des usagers;
- dans 2/69 situations, la coordonnatrice du CU 1 a nommé des manquements dans l'administration des soins et des services aux usagers;
- le mot représsailles a été employé par la coordonnatrice du CU 1 et un membre du CU 3;
- dans 17/69 situations, les membres ont employé divers adjectifs : une situation dangereuse; grave; intenable; épouvantable; écœurante; pénible; désagréable; catastrophique; déstabilisante; préoccupante; louche; problématique; malheureuse; taboue; pas normale; pas correcte; pas hygiénique;
- dans 2/69 situations, ils ont employé des noms : une situation d'une tristesse absolue, ou qui ne correspond pas à une norme;
- dans 4/69 situations, ils ont utilisé des verbes ou des participes passés : une situation qui s'est détériorée; qui ne devrait pas se produire; qui doit être dénoncée; un problème sous-évalué;
- dans 10/69 situations, les membres ont usé d'expressions : ça n'a pas de bon sens; ça n'a pas d'allure; c'est dommage; ça ne marchait pas;
- *or, dans 33/69 situations, donc généralement, les membres vont employer des adjectifs, des noms, des verbes ou des expressions autres que ceux ayant trait explicitement à la maltraitance, à la violence ou à la négligence, pour qualifier les situations portées à leur attention par les usagers ou leurs proches ou dont ils sont témoins. Bien que les membres utilisent peu le terme « maltraitance », ils ne minimisent pas la gravité des situations, au contraire;*
- *dans 22/69 situations, les membres n'ont pas employé de mot particulier pour les qualifier. Ils ont plutôt décrit les comportements jugés inadéquats ou inacceptables; ces comportements peuvent avoir trait à de la maltraitance, ils ne sont juste pas nommés ainsi.*

---

**L'analyse des situations de maltraitance « collectives » et « individuelles » par les membres des trois CU**

*Les situations de maltraitance collectives :*

- elles sont dites « collectives » lorsqu'elles sont vécues par plusieurs usagers; qu'elles sont commises par plusieurs individus; qu'une même situation est vécue dans différents milieux; qu'elles sont récurrentes ou répétitives; ou qu'elles concernent des questions structurelles;
- les rencontres des CU sont des moments propices pour reconnaître ces situations. Un point à l'ordre du jour permet aux membres de s'exprimer sur ce qui se passe dans les différents milieux qu'ils représentent, telles les situations de maltraitance. D'autres membres peuvent alors mentionner qu'ils ont été témoins ou informés du même problème dans leur établissement.

*Les situations de maltraitance individuelles :*

- elles sont dites « individuelles » lorsqu'elles concernent seulement un usager;
  - elles sont souvent rapportées aux membres du CU lorsqu'un usager ou un membre de famille se présente au bureau du comité ou y téléphone pour les informer d'une situation qui les affecte personnellement ou un de leur proche;
  - une insatisfaction individuelle peut révéler un problème plus général, un problème collectif.
-

---

## **L'analyse de la fréquence et de la gravité des situations de maltraitance pour convaincre la direction**

*Sur quelles bases les membres des trois CU jugent de la fréquence d'un problème?*

- les situations « individuelles » ou « collectives » peuvent être singulières — se produire une fois à un moment précis, ou répétitives;
- elles sont dites « répétitives » lorsque les membres les entendent souvent dans les milieux; qu'elles se produisent plus d'une fois; ou qu'elles perdurent dans le temps;
- pour les présidents des trois CU, ce n'est pas parce qu'un problème est nommé une fois, en rencontre de CU notamment, que les membres doivent mettre en œuvre une démarche collective pour le contrer; la notion de répétition du problème est importante pour entreprendre une telle démarche.

*Sur quelles bases les membres des trois CU jugent de la gravité d'un problème?*

- une situation de maltraitance est jugée comme étant « grave », lorsqu'elle cause du tort physique ou de la détresse psychologique aux usagers; les membres prennent connaissance que les usagers n'aiment pas la situation dans laquelle ils se trouvent, qu'ils ne s'y sentent pas bien et qu'ils sont blessés par elle;
- une situation est aussi considérée comme étant « grave », lorsque les membres du personnel ne font pas tout ce qui est en leur pouvoir pour amenuiser le mal-être ou les souffrances vécues par les usagers.

*Ce que font les membres des trois CU pour convaincre la direction de la fréquence ou de la gravité d'un problème :*

- dans les situations de maltraitance « collectives », les membres documentent les situations en montant un dossier d'observation; cela se fait dans les trois CU, lorsqu'elles sont jugées comme étant graves. En montant un tel dossier, les membres peuvent prouver la fréquence ou la gravité des problèmes par des faits;
- dans les situations de maltraitance « individuelles », les membres peuvent aussi documenter le problème, mais de façon individuelle avec l'utilisateur ou le membre de famille insatisfait; cela leur permet, entre autres, de préciser la nature du problème et leur importance pour eux.

---

## **L'analyse des situations de maltraitance pour proposer des mesures ou des solutions**

*L'examen ou l'analyse des situations de maltraitance, par les membres des trois CU, révèlent deux ensembles d'insatisfactions :*

- le premier a trait aux situations de maltraitance « collectives », qui traduisent des *problèmes plus structurels* dans l'organisation, tels un manque de ressources financières, un manque de personnel, des règlements inadéquats ou inadaptés dans les établissements, des problèmes de « structures », ou des problèmes dans l'accessibilité au CSSS. Pour cet ensemble d'insatisfactions, les mesures ou les solutions proposées par les membres ont trait à des changements dans *l'organisation du travail*, à *l'affectation de ressources* et à des changements *structurels*;
- le deuxième a trait aux situations de maltraitance « individuelles », qui traduisent *des comportements inadéquats des membres du personnel*, tels de la violence ou de la négligence, et des *comportements inadéquats (de violence) des résidents*. Pour cet ensemble d'insatisfactions, les mesures ou les solutions proposées par les membres ont trait à des changements dans *les façons d'être* des membres du personnel (politesse, vigilance), et pour contrer les comportements inadéquats des résidents, à *des solutions matérielles ou techniques*.

---

*Sur quelles bases les membres des CU ou des CR jugent que les situations de maltraitance doivent être soumises ou non au CU?*

- c'est souvent lors des rencontres des CU que les membres portent à l'attention des autres membres les situations de maltraitance qui leur ont été soumises ou dont ils ont été témoins, car ils souhaitent imaginer ou mettre en œuvre des mesures ou des solutions;
  - c'est surtout lorsqu'une situation de maltraitance est considérée comme étant « majeure ou grave », que les membres des CR vont en faire part au CU; lorsqu'une situation n'est pas considérée comme telle, les membres des CR vont plutôt la traiter de façon autonome;
  - les membres du CU 3, qui siègent aussi à un CR, ont mentionné avoir besoin de temps de travail autres que les rencontres du CU, pour arriver à mieux comprendre les problèmes similaires auxquels ils sont confrontés dans les différents CHSLD qu'ils représentent, pour mieux les traiter; c'est pourquoi le besoin de créer un nouveau comité a été nommé;
  - en outre, les membres des CU, qui siègent aussi à un CR, portent à l'attention des autres membres du CU les situations de maltraitance, lorsqu'ils veulent être appuyés dans leurs démarches ou lorsqu'ils ne trouvent pas de solutions dans leur propre CR, et ont besoin de se concerter pour en imaginer ou en trouver;
  - dans le CU 1, il arrive que la coordonnatrice porte à l'attention des membres les situations de maltraitance « individuelles » qu'elle reçoit, pour décider des actions à entreprendre.
-

### **7.3 Ce que font les CU pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction**

Pour les situations de maltraitance « individuelles », nos analyses ont montré que dans le CU 1, c'est surtout le rôle de la coordonnatrice du comité d'informer les usagers ou les membres de famille sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction. Dans les deux autres comités, il ne semble pas y avoir une personne en particulier qui joue ce rôle, car il est partagé entre chacun des membres des CU ou des CR qui remplissent cette fonction lorsqu'un usager ou un membre de famille leur témoigne un besoin d'information ou de soutien. Nous avons toutefois constaté que les membres des CU 2 et 3 n'ont pas mentionné avoir aidé d'usagers ou de membres de famille à rédiger une plainte. Ils les ont plutôt accompagnés dans la rédaction de leurs insatisfactions et pour leur acheminement à la direction.

Pour accompagner les personnes insatisfaites dans leurs démarches de plaintes, la coordonnatrice du CU 1 va les rencontrer à son bureau ou, quand ce sont des résidents, elle va se déplacer, au besoin, au CHSLD pour les rencontrer. Ensuite, quand c'est leur souhait, elle va les aider dans la rédaction de leur plainte. Ils vont ensemble détailler la situation (ex. la journée et le nom de la personne qui a mal agi) et la soumettre à la commissaire ou au médecin examinateur. Dans la situation 2 du CU 1 par exemple, une résidente voulait porter plainte, et la coordonnatrice explique comment elle s'y est prise :

« on a détaillé la situation [la coordonnatrice avec la résidente lésée], on veut avoir la journée, le nom de la personne qui a [mal agi]. (...) ce cas-là [qui concerne une résidente qui souhaite recevoir son bain par une préposée femme, mais que l'établissement lui refuse] est allé jusqu'à la plainte officielle auprès de la commissaire. C'est moi qui ai rédigé la plainte avec la [résidente]. Elle me raconte la plainte et moi je la verbalise du mieux que je peux, je lui relis pour voir si elle est d'accord avec ce j'ai écrit. À ce moment, elle la signe et je l'achemine à la commissaire » (entrevue, 3 décembre 2014).

Un autre exemple d'accompagnement réalisé par la coordonnatrice, pour aider un usager ou sa famille à rédiger une plainte, se trouve dans la situation 8 du CU 1. Des parents d'une jeune usagère aux prises de problèmes psychologiques ont voulu porter plainte puisque le psychiatre, responsable des soins administrés à leur fille, ne les a pas consultés avant de signer son congé définitif de l'hôpital. La coordonnatrice explique : « on a rédigé ensemble une plainte. Je les ai rencontrés. (...) Ils avaient le nom du médecin et tout ça. Cette plainte est allée au médecin examinateur parce qu'il y a juste un médecin qui peut évaluer le travail d'un médecin » (entrevue, 3 décembre 2014).

Il arrive parfois que l'utilisateur maltraité décède, et qu'à ce moment, les membres de la famille de l'utilisateur laissent tomber les démarches de plainte. Dans la situation 3 du CU 1 par exemple, la coordonnatrice du CU raconte :

« la famille a porté plainte. Elle est venue me rencontrer au bureau du CU. Elle avait beaucoup documenté la situation. Elle n'était pas satisfaite évidemment parce que la [résidente, dont le coussin de fauteuil roulant a été oublié] avait des plaies. (...) Mais la famille n'était pas satisfaite des réponses [de la commissaire]. Elle voulait aller plus loin, mais entre-temps, la [résidente] est décédée. La famille a donc décidé, tout simplement, de laisser tomber (...) » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans les trois CU, il arrive que les usagers maltraités ne veuillent pas porter plainte, mais qu'ils souhaitent que des solutions soient trouvées à l'interne. Dans la situation 4 du CU 1 par exemple, qui concerne le refus de changer la culotte d'une résidente parce que l'urine n'a pas atteint la petite ligne bleue, la coordonnatrice dit effectivement ceci : « la [résidente] voulait voir si je pouvais trouver des solutions à l'interne, comme de parler de cette situation au directeur de l'hébergement notamment » (entrevue, 3 décembre 2014).

Des membres de famille des usagers peuvent aussi ne pas vouloir porter plainte, mais bien avoir de l'information pour faire cesser la situation préjudiciable. Ces informations peuvent avoir trait aux recours dont ils peuvent disposer. Dans la situation 26 du CU 1 par exemple, qui concerne un usager âgé considéré violent par une travailleuse sociale, la coordonnatrice explique :

« avec ce diagnostic-là [l'usager âgé] ne peut plus aller vivre dans la RI qui était tout près de la résidence de sa fille et de son beau-fils, parce qu'on le juge violent. (...) le beau-fils m'appelle. (...) Il dit que son père n'est vraiment pas violent. Ce n'est pas dans ses habitudes. Là, il a de la médication, mais c'est vraiment minime, il est revenu à la normale. Il est doux. Le personnel sur le plancher le constate aussi au centre hospitalier, qu'il est tout à fait normal. Qu'est-ce que l'on peut faire? Quels sont nos recours? (...) je suis allée rencontrer la famille, elle ne désirait pas nécessairement porter plainte. Je leur ai dit : "vous allez faire une demande pour qu'il y ait une deuxième évaluation parce que quand il est entré [l'usager âgé], c'était une situation particulière pour une personne atteinte d'Alzheimer". La travailleuse sociale ne voulait pas faire une deuxième évaluation. À ce moment, j'ai dit que notre recours, c'est de parler au médecin traitant, il le voit votre beau-père, il voit comment il est, je le voyais aussi à l'hôpital, il était bien normal. (...) [le beau-fils] a rencontré le médecin et lui a demandé une évaluation, mais d'une autre travailleuse sociale. On a obtenu cette deuxième évaluation qui disait que le monsieur avec la médication qu'il avait n'avait aucun trouble de violence » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans cette situation, on voit que la coordonnatrice suggère au beau-fils de rencontrer le médecin traitant pour demander une deuxième évaluation, d'une autre travailleuse sociale; ce qu'il réussit à obtenir. Elle s'appuie sur les propos du beau-fils, ainsi que sur ses observations personnelles de « l'état » de l'homme âgé, pour lui suggérer une telle mesure.

Les membres des CU ou leur coordonnatrice peuvent aussi consulter différentes ressources, telles que l'avocate du CSSS et les regroupements provinciaux des CU

(RPCU et CPM) pour informer adéquatement les usagers ou leur famille. En voici deux exemples.

Dans la situation 12 du CU 1, qui concerne les représailles d'un médecin envers un usager âgé au centre hospitalier, la coordonnatrice raconte que l'usager :

« a porté plainte seul [et qu'il a eu gain de cause]. (...) Quand il est venu me voir, c'est suite à la plainte. (...) le médecin n'a plus voulu l'avoir (...) comme patient, parce qu'il disait que le lien de confiance était brisé. Il l'a référé à un autre médecin. (...) C'est un cas où j'ai consulté l'avocate ici. On s'est rencontrée à plusieurs reprises, en se disant que ça ne se pouvait pas. On a appelé le CPM aussi, (...) le RPCU sur ce cas-là. Le médecin avait le droit. (...) La première fois que j'ai rencontrée l'avocate, [l'usager] n'y était pas parce que je n'avais pas les réponses à ses questions et tout ça. Je suis allée m'informer. Ensuite, pour qu'il comprenne mieux, il est venu avec moi à une rencontre. Le CPM et le RPCU ont donné des réponses similaires à celles de l'avocate » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans cette situation, on voit que la coordonnatrice souhaite obtenir des réponses aux questions de l'usager, et s'informer à savoir si le médecin avait le droit ou non d'agir ainsi, en consultant l'avocate du CSSS et les regroupements provinciaux des CU.

Dans la situation 22 du CU 1, qui a trait au dégât d'eau dans une RI et aux réparations facturées à la famille d'une résidente, la coordonnatrice raconte :

« la famille m'a appelé parce qu'elle n'était pas contente de la facture et je la comprends aussi. J'ai communiqué avec la commissaire, mais je me suis aussi informée ici aux ressources financières, comment ça fonctionnait ces choses-là. J'en avais aussi parlé à une personne membre du CU, qui est représentante au niveau des RI et RA. Elle me disait qu'effectivement, ce n'était pas à la résidente à payer ça » (entrevue, 26 mars 2015).

Ici, la coordonnatrice cherche à savoir si c'est la résidente qui doit de payer les réparations ou non, en s'informant des procédures qui sont censées être suivies et respectées dans ces cas.



Parfois, les membres des comités vont référer les personnes insatisfaites vers les ressources appropriées. D'ailleurs, pour les présidentes du CU 1 et 2, le rôle des comités n'est pas de faire les démarches à la place de la personne insatisfaite, mais bien de l'accompagner dans ses démarches, en la référant notamment aux regroupements provinciaux des CU ou aux directions concernées, pour qu'elle puisse avoir des réponses à ses questions. Par exemple, dans la situation 15 du CU 2, la présidente du comité raconte :

« c'était une de mes anciennes élèves qui m'a posé la question pour son père [hospitalisé au centre hospitalier]. Alors je l'ai amené, puis j'ai dit voici. Ensuite, elle s'est arrangée avec la directrice, je n'en sais pas plus long. C'est le rôle que nous avons à faire, aider l'utilisateur à trouver la bonne référence au bon moment. Si elle n'est pas satisfaite, elle peut revenir nous voir et là on passe à une autre étape. Mais normalement, c'est rare que ça ne se règle pas, quand on contacte la chef de service ou l'adjointe » (entrevue, 5 novembre 2014).

En somme, les CU font des enquêtes, des démarches pour avoir de l'information, analyser les situations, et soutenir les usagers ou les familles.

Tableau 15 : Ce que font les CU pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction

---

*Pour les situations de maltraitance « individuelles » :*

- dans le CU 1, c'est surtout le rôle de la coordonnatrice d'informer les usagers ou les membres de famille sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction;
  - dans les deux autres comités, il ne semble pas y avoir une personne en particulier qui joue ce rôle; c'est plutôt chacun des membres des CU ou des CR, qui remplissent cette fonction, lorsqu'un usager ou un membre de famille leur témoigne un besoin d'information ou de soutien;
  - les membres des CU 2 et 3 n'ont pas mentionné avoir aidé d'usagers ou de membres de famille à rédiger une plainte; ils les ont plutôt accompagnés dans la rédaction de leurs insatisfactions et pour leur acheminement à la direction;
  - pour accompagner les personnes insatisfaites dans leurs démarches de plaintes, la coordonnatrice du CU 1 va les rencontrer à son bureau ou, quand ce sont des résidents, se déplacer, au besoin, au CHSLD. Ensuite, quand c'est leur souhait, elle va les aider dans la rédaction de leur plainte : ils vont ensemble détailler la situation et la soumettre à la commissaire ou au médecin examinateur;
  - les membres des CU ou leur coordonnatrice peuvent consulter différentes ressources, telles que l'avocate du CSSS et les regroupements provinciaux des CU pour informer adéquatement les usagers ou leur famille;
  - parfois, les membres des CU vont aussi référer les personnes insatisfaites vers les ressources appropriées, tels les regroupements provinciaux des CU ou les directions concernées, pour qu'elles
-

---

puissent obtenir des réponses à leurs questions.

Les CU font donc des enquêtes, des démarches pour avoir de l'information, analyser les situations et soutenir les usagers ou les familles.

---

#### **7.4 Ce que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance**

Dans cette partie, nous documentons ce que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance. Nous exposons aussi les rapports de pouvoir, qui ont cours dans les échanges entre les comités et les directions, les représentants de la direction ou les commissaires — soit la nature du pouvoir et dans quel sens il s'exerce, et leur influence dans l'autonomie des comités — situation par situation. Il importe toutefois de noter que l'autonomie des CU, dans leur traitement des situations de maltraitance, sera documentée plus en profondeur, dans la partie de la thèse nommée : *la portée et les limites des actions des comités dans leur traitement des situations de maltraitance*, plus précisément encore, dans la sous-section intitulée : *la capacité et les limites des CU à obtenir une action de la direction : l'autonomie des comités*. Quant aux rapports de pouvoir ayant cours dans les échanges entre les comités et les dirigeants, et à leur influence dans l'autonomie des comités, cela fera l'objet d'une analyse d'ensemble dans la *discussion* de la recherche.

Pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance, les membres des CU s'y prennent de différentes façons.

Pour les situations de maltraitance « collectives », qui ont trait à des problèmes plus structuraux dans l'organisation, comme un manque de ressources financières, un manque de personnel, des règles inadéquates ou inadaptées dans l'établissement, des

problèmes de structures ou des problèmes dans l'accessibilité au CSSS, les membres des CU, conjointement avec les CR, vont faire des représentations au CA ou à la direction — prendre position, émettre des recommandations.

Pour faire ces représentations, ils peuvent notamment monter un dossier d'observation et l'acheminer au CA ou à la direction. Dans la situation 2 du CU 3 par exemple, le président du comité raconte :

« [un membre du CU, qui siège aussi à un CR] dit que (...) le temps de réaction au besoin d'élimination (...) c'est bien trop long (...). Moi j'ai dit (...) on ne partira pas en peur tout de suite, on va documenter notre chose (...) On a monté un dossier. (...) On l'a présenté à la direction (...). Et là, moi avec le vice-président, ou avec une autre personne, ou des fois seul, je remets le document à la direction concernée. (...) Il y a eu une surprise [de la part des membres de la direction], il y a eu des réactions par rapport à ce dossier-là. Dans le sens : "ce n'est pas si pire que ça!" Ils ont fait leur enquête, eux autres même, pour s'en assurer. (...) [Puis, ils ont fait] des changements dans les pratiques » (entrevue, 22 septembre 2014).

Dans cet extrait, on voit un rapport de pouvoir entre la direction de l'établissement et le comité, puisqu'au moment où ce dernier porte à son attention le problème documenté, la direction a des propos suggérant que les faits relatés dans le dossier sont amplifiés — elle est surprise par ce dossier; ce qui révèle une stratégie d'action défensive de la part de la direction — elle ne veut pas voir ou croire immédiatement cette vision du problème, elle banalise d'une certaine façon le problème. La direction met aussi en place une stratégie d'action offensive, lorsqu'elle réalise elle-même une enquête pour valider les propos du CU. Après avoir constaté la vérité de ces propos, la direction met en œuvre des actions pour corriger la situation. Or, dans ce cas, le CU a réussi à faire voir à la direction un problème dans l'organisation du travail et à influencer le cours des choses puisque la direction a fait des changements dans les pratiques. Il importe ici aussi de

noter que la nature des changements apportés par l'établissement, à la suite de la dénonciation des situations par les comités, sera analysée plus loin.

Pour faire ces représentations, les membres des CU peuvent aussi acheminer une lettre au CA ou à la direction. La coordonnatrice du CU 1 par exemple dit ceci :

« il va arriver que le CU, pour une situation x, aille prendre une action au sein du CA, en écrivant une lettre à la direction générale (...) on l'a fait, c'était pour une meilleure accessibilité en transport en commun à des centres d'hébergement [environnement maltraitant] (...). On s'est vraiment beaucoup impliqué là-dedans avec le regroupement MADA [municipalité amie des aînés] pour faire en sorte que si on ne pouvait rapprocher le point de débarcadère d'autobus, qu'à tout le moins, il y ait des trottoirs aménagés pour les personnes âgées, [car] elles se blessaient en se rendant au centre (...). On avait fait à ce moment-là, une recommandation officielle au CA. Le CU conjointement avec les deux centres d'hébergement concernés (...) nous avons deux représentants qui siègent au CA aussi, pour le CU, donc ils sont porteurs de dossiers aussi quand ce point-là est amené. Mais je te dirais que la présidente du CA a reçu la lettre et la semaine suivante le dossier était devenu prioritaire. C'est maintenant réalisé. Avant que ça se fasse, nous avons fait beaucoup de démarches. On a rencontré la Société de transport de la ville, des conseillers municipaux, on a rencontré le conseiller qui s'occupait de la société de transport, on a fait des rencontres avec le service technique et tout ça (...). Alors, ça s'est réalisé. Ça a pris un an » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 14).

Dans ce cas, il ne semble pas y avoir de rapport de pouvoir entre le comité et la direction. La direction ne tente effectivement pas de contraindre le CU dans ses actions, et n'essaie pas, non plus, d'échapper aux contraintes structurelles. La direction prend plutôt au sérieux les propos du comité, qui dénonce un problème dans l'accessibilité au CSSS. Le CU a réussi à influencer le cours des choses, puisque ses demandes ont été prises en compte par la direction, des démarches ont été mises en œuvre pour corriger la situation.

Comme des membres des CU siègent au CA des CSSS, ils peuvent aussi prendre position au CA directement. Le président du CU 3 raconte une situation :

« si je prends il y a un an et demi, deux ans, le transport pour les cliniques de jours, pour les personnes en perte d'autonomie, ils ont diminué la contribution financière pour le déplacement. (...) Cela a brassé. (...) les représentations, je les ai faites directement au CA, parce que l'information c'est là que je l'ai eue. Puis j'ai réagi assez fortement. (...) Ce n'était pas rétroactif, mais ça commence demain matin. Que les nouveaux ne l'aient pas, c'est correct, mais les anciens qui l'ont, donne-leur encore au moins trois mois ou six mois, avertis-les. (...) on doit donner un temps de réaction, puis les municipalités, organisé du transport entre vous, ou des réseaux de bénévoles. (...) Ils ont dit : "on va le faire". Ben j'ai dit : "faites-le, pis après ça vous enlèverez les choses". Il y a eu des réactions » (entrevue, 22 septembre 2014; situation 6).

En complément d'information à cette situation, le président dit ceci :

« les délais ont été prolongés, puis ceux qui avaient les services l'ont eu encore pour un certain temps, assez longtemps même. Juste pour te dire l'influence que ça l'a eue, ils viennent de recouper (...) au niveau des transports, mais là, ils ont commencé à le dire longtemps d'avance, pour dire qu'à telle date, ça va être fait. (...) Je pense que la direction (...) était prise dans sa réalité où on doit couper. Elle ne voyait pas d'autres portes pour récupérer des sous » (entrevue, 19 mars 2015; situation 6).

Dans ce cas, le président du CU contraint les autres membres du CA en faisant valoir sa position, quant à leurs décisions et à leurs pratiques. Ils les obligent à voir autrement la situation, en mettant de l'avant les intérêts des usagers en perte d'autonomie, qui reçoivent les services de transports pour les cliniques de jour — à ne pas voir seulement la réalité des coupes budgétaires; ce qui révèle une stratégie d'action offensive. Le président du CU propose aussi des moyens pour amenuiser la gravité de la situation, en préparant notamment les gens, en les avertissant d'avance de la coupure du service; ce qui révèle une stratégie d'action défensive. Ce qui se dégage de ces verbatims, c'est que le président du CU a réussi à se faire entendre auprès des autres membres du CA, puisque les services de transports n'ont pas été retirés du jour au lendemain, mais bien à la suite d'un certain délai. De plus, dans une vague ultérieure de coupes budgétaires, les membres du CA ont averti longtemps d'avance les usagers, concernant l'arrêt de certains

services de transports. Le président du CU a donc permis d'influencer le cours des choses.

Les membres des CU peuvent aussi faire des recommandations dans leur rapport annuel, qui est ensuite soumis au CA de l'établissement. Le président du CU 3 raconte une situation :

« [l'été] tous les bains [des résidents] n'étaient pas donnés [par manque de personnel]. (...) Nous l'avions su par le président du CR. Lui, son épouse était là [au CHSLD], et c'était un monsieur qui était très présent. (...) [Les représentations] ont été faites dans le rapport annuel du CU. On avait spécifié que nous voulions plus de personnel (...) l'été. (...) c'est même allé jusqu'au CA. (...) ça a été adressé à la direction, par le rapport annuel, d'il y a 7 ou 8 ans. C'était de s'assurer de donner les bains et de les décloisonner (...) ce n'est pas obligé qu'ils soient donnés entre 8 et 10 heures. Si vous pouvez en faire à 15 h l'après-midi, faites-en, ce n'est pas juste le matin, même le soir. (...) il y a des suggestions qui ont été faites. (...) Je sais qu'il y a eu des démarches au centre de formation, où les préposées suivent leur formation, pour avoir plus de monde. Il y a eu une cohorte ou deux de plus, puis c'est sur trois ans que ça s'est résorbé » (entrevue, 19 mars 2015; situation 5).

Dans cette situation, on voit que par leurs représentations, les membres du CU amènent la direction à constater le problème du manque de personnel dans l'organisation, qui fait en sorte que des résidents ne reçoivent pas tous leurs bains l'été — soit une insatisfaction de membres de famille; ce qui révèle une stratégie d'action offensive. Les membres du CU amènent aussi la direction à agir d'une certaine manière, en émettant des recommandations dans leur rapport annuel — des suggestions qui visent à échapper aux contraintes, en décloisonnant la période des bains par exemple; ce qui révèle une stratégie d'action défensive. Dans ce cas, les membres du CU ont été capables de faire voir le problème à la direction et d'influencer le cours des choses, puisque des démarches ont été entreprises pour corriger la situation.

Les membres des CU peuvent également écrire une lettre à la commissaire aux plaintes. Dans la situation 6 du CU 2 par exemple, le trésorier a proposé d'écrire une lettre à la commissaire pour la mettre au courant de la situation — les chambres à deux lits dans les CHSLD qui empêchent les usagers de mourir en toute intimité, et lui demander si elle peut intervenir pour qu'une telle situation ne se reproduise pas. Le CU 2 a eu une réponse de sa part, quelques semaines plus tard, où elle disait qu'elle essaierait de trouver des moyens avec les autorités concernées (observation, 18 février 2015). Dans ce cas, les préoccupations du CU 2 ont été prises en compte par la commissaire puisqu'elle a répondu à leur lettre en leur mentionnant qu'elle essaierait de trouver des solutions, avec les autorités concernées, pour corriger la situation.

Pour les situations de maltraitance « individuelles », qui ont généralement trait à des comportements inadéquats des membres du personnel ou des résidents, comme de la violence ou de la négligence, les membres des CU vont aider l'utilisateur (ou le résident) ou le membre de famille insatisfait à rédiger une plainte et à l'acheminer à la commissaire ou au médecin examinateur. Comme il a été documenté précédemment, pour le CU 1, c'est surtout la coordonnatrice qui détaille, avec les usagers ou les membres de famille, les situations de maltraitance et qui les aide, lorsqu'ils le désirent, à rédiger une plainte et à l'acheminer à la commissaire ou au médecin examinateur. Dans la situation 2 du CU 1 par exemple, qui concerne le refus de l'établissement à la volonté d'une résidente de recevoir son bain par une préposée femme, la coordonnatrice dit ceci : « la [résidente] m'a téléphoné. Je me suis déplacée pour aller la voir dans le centre d'hébergement. On a détaillé la situation (...) ce cas-là est allé jusqu'à la plainte officielle auprès de la commissaire » (entrevue, 3 décembre 2014). Dans les deux autres comités, aucun

membre n'a mentionné avoir aidé d'usagers ou de membres de famille à rédiger une plainte.

Pour dénoncer les situations de maltraitance « individuelles », mais aussi « collectives », les membres des CU vont aussi tenir des rencontres avec les dirigeants des établissements.

Dans les situations de maltraitance « individuelles » par exemple, la coordonnatrice du CU 1 rencontre la direction pour l'informer du problème, qu'une plainte ait été déposée ou non. Cette façon de faire lui permet d'outrepasser la peur des représailles que peut vivre certains usagers ou membres de famille. Elle explique :

« la famille (...) sonne (...) le [résident] (...) s'est brisé une hanche. Ça l'a pris une heure avant qu'un membre du personnel vienne le voir (...). La famille m'a appelé, pour porter plainte (...). Finalement, tellement peur des représailles, la famille et le résident, parce que le résident a de légers troubles cognitifs, il est capable de s'exprimer (...) ils refusent de porter plainte. Je suis quand même allé voir le chef de programme, sans nommer de famille, sans nommer de nom, de ma propre initiative, en disant qu'il devait y avoir un rappel de fait quand il y a une cloche qui sonne pour que le temps de réponse soit plus rapide. Le rappel a été fait et sévèrement fait » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 5).

Dans cet extrait, on voit que la coordonnatrice dénonce la situation à la place de l'utilisateur et des membres de famille, qui ont peur des représailles. Elle le fait de façon anonyme, en traduisant le problème individuel en un problème plus général — qui touche l'ensemble des usagers. On voit aussi dans cet extrait, un rapport de pouvoir entre la coordonnatrice et la direction, puisqu'au moment où elle l'informe du problème, de façon anonyme et générale (stratégie d'action défensive), la coordonnatrice la contraint à faire des rappels dans l'établissement (stratégie d'action offensive). Elle réussit à se faire entendre par la direction et à influencer le cours des choses, puisqu'elle souligne que des



rappels ont bel et bien été faits aux employés concernant les délais de réponse aux cloches d'appels.

Pour le CU 2, comme la directrice du programme hébergement milieu de vie siège à toutes les rencontres du comité, les membres ou les personnes qui participent à leurs rencontres peuvent lui faire part des situations de maltraitance « individuelles » ou « collectives ». Dans une des rencontres du CU 2 par exemple, un rédacteur de journal de CHSLD raconte une situation. Il mentionne que sa mère hébergée venait de faire changer sa culotte d'incontinence, mais qu'elle gigotait beaucoup et qu'elle avait l'air de souffrir (situation 2). Il en a informé une préposée, qui n'a pas voulu venir la soulager tout de suite, étant donné qu'elle était en pause. Le rédacteur s'est alors tourné vers l'infirmière auxiliaire, pour lui expliquer la situation, qui lui répondit que ce n'était pas de son ressort. En entendant ces propos, la directrice du programme hébergement milieu de vie, qui siège aux rencontres du CU, informe le rédacteur que les préposées ne sont pas censées prendre leur pause sur les unités. « Sinon, qu'est-ce qui dit aux parents ou aux résidents que ces dernières sont en pause? ». Elle insiste pour qu'elles les prennent « en dehors des unités ». Puis, « l'infirmière auxiliaire aurait dû informer l'infirmière en chef de la situation, pour que cette dernière fasse en sorte qu'elle ne se reproduise plus ». La directrice prend en note ce fait et dit que lorsque le projet paritaire va être implanté dans ce CHSLD, il devrait y avoir moins de situations du genre (observation CU 2, 10 septembre 2014). Dans cet extrait, le rédacteur de journal est capable de se faire entendre puisque la directrice prend en note les informations qu'il lui fournit. Elle donne également des explications sur ce qui aurait dû être fait (par les préposées et l'infirmière

auxiliaire), et ce qui est prévu (le projet paritaire), pour éviter que ces situations perdurent ou se reproduisent.

Dans les CU 1 et 3, comme il n'y a pas de membres de la direction qui siègent à leurs rencontres de comité (ce sont des adjoints à la direction qui y participent), ils vont informer les représentants de la direction de ces situations et leur poser des questions. Si les représentants de la direction ne connaissent pas les réponses, les membres vont leur demander de s'informer auprès des autorités concernées. Dans une des rencontres du CU 3 par exemple, un membre du CU raconte une situation : « il semble y avoir un nouveau règlement puisque les téléviseurs ont été retirés des fumoirs [dans un CHSLD]. Les résidents trouvent qu'il s'agit d'un objet de plainte. (...). On ne sait pas trop pourquoi les téléviseurs ont été retirés » (situation 26). L'adjoint à la DPPA, qui assiste aux rencontres du CU, répond : « c'est une question de sécurité. Les fumoirs ne sont pas des endroits pour socialiser, c'est non négociable ». Un autre membre du CU lui demande de voir de qui vient cette commande drastique (observation, 19 février 2015). À la rencontre suivante du CU, la coordonnatrice informe les membres que : « l'adjoint à la DPPA a fait suivre à la coordonnatrice et au président du CU l'information reçue par le MSSS, qui disait que les fumoirs ne sont pas des endroits pour socialiser. Depuis trois ans que cela est illégal. Le CSSS aurait pu avoir une amende » (observation, 19 février 2015). Ces extraits montrent que les membres du CU sont capables de questionner le représentant de la direction pour connaître les raisons qui sous-tendent le retrait des téléviseurs dans les fumoirs. Les membres reçoivent également, de la part de ce représentant, les informations nécessaires pour comprendre, entre autres, les enjeux légaux et de sécurité. Toutefois, les membres du CU n'ont pas le pouvoir de faire

changer le regard des directions vis-à-vis de ces décisions qui sont, selon le représentant, non négociables.

Il arrive également que les membres des CU portent à l'attention de la commissaire les situations de maltraitance lors d'une de leurs rencontres de comité, puisqu'elle y est invitée pour présenter son bilan annuel des plaintes. Dans une des rencontres du CU 3 par exemple, les membres demandent à la commissaire : « y a-t-il des situations de maltraitance au CSSS? » Selon elle, il y en a peu, voire pas, de maltraitance. Un membre lui dit : « vous trouvez cela rare, parce que dans le fond, les maltraitements ne sont pas connues? Il y a des violences entre les résidents dans une unité prothétique. Il ne faut pas le nier. Cela peut arriver du fait des déficits de santé cognitive. Il y a eu quelqu'un de blessé ». La commissaire lui répond : « dans les CHSLD, les employés côtoient souvent les mêmes résidents, ce qui fait que des choses viennent à leurs oreilles. (...) Quand il y a un problème, ils le savent. Ils connaissent les usagers et décèlent les réactions ». Un membre du CU demande à la commissaire s'il y a des plaintes qui s'apparentent à de la maltraitance. Elle dit : « Non. Ce n'est pas à l'hôpital que cela arrive, mais c'est surtout à l'extérieur de l'établissement. (...) ce qui pourrait se rapprocher le plus de ces situations, ce sont les plaintes pour les soins et les services reçues, mais surtout dans les relations interpersonnelles ». L'adjoint à la DPPA mentionne que : « si un employé bouscule un résident, la commissaire peut recevoir la plainte. Si une fille maltraite sa mère résidente, les témoins doivent avertir le chef de service ». Un membre du CU demande clairement : « y a-t-il des mesures écrites, des procédures pour comment agir pour contrer les situations de maltraitance? » L'adjoint à la DPPA dit ceci : « il y a une politique de violence dans le code d'éthique » (observation, 19 juin 2014). Dans cet

extrait, on voit bien que les membres du CU sont capables de questionner la commissaire, mais aussi le représentant de la direction (l'adjoint à la DPPA) relativement aux situations de maltraitance dans ces milieux.

Pour les trois CU, des situations de maltraitance « individuelles » ou « collectives » envers les résidents des CHSLD sont portées à l'attention des directions concernées lors des rencontres des CR, puisque des directions y participent. Cela permet notamment aux membres de s'informer du pourquoi de ces situations et d'avoir des explications. La présidente du CU 2 par exemple mentionne ceci :

« on demande au CR d'inviter les directions parce que c'est bien beau de jaser entre nous, mais si le directeur n'est pas au courant, comment est-ce que tu fais pour régler le problème? Alors on demande qu'il y assiste. La même chose pour laquelle la directrice du programme hébergement-milieu de vie est ici au CU, c'est parce que l'on discute de choses qui la concernent. On lui adresse le problème et ça se règle » (entrevue, 18 février 2015).

Pour le CU 1, il est précisé que les chefs de programmes assistent au moins 30 minutes à chacune des réunions des CR. La coordonnatrice dit ceci :

« souvent, les premières actions sont prises aux CR, (...) on se dit oui il y a quelque chose à faire, oui c'est grave, on peut même en parler tout de suite au chef de programme parce qu'il assiste à toutes les rencontres, il vient pour environ 30 minutes, et là, on peut lui dire ce qui cloche. Autant côté matériel de défectueux que côté humain. (...) comme une préposée qui nourrit une résidente à l'arrière. Elle n'est même pas devant elle. Des choses comme celles-là, on lui rapporte » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 11).

La coordonnatrice du CU 1 assiste à toutes les rencontres des CR, tandis que les coordonnatrices des CU 2 et 3 y participent sur invitation, ponctuellement. Pour le CU 3 par exemple, un membre du CU, qui siège aussi à un CR, précise :

« [la coordonnatrice du CU ne siège pas aux rencontres des CR], ce serait exceptionnel. Il faut vraiment qu'il y ait des difficultés où il faut faire appel. [Toutefois, pour la chef de service], on la demande systématiquement [au

CR], pour toute la durée de la rencontre, parce que l'on veut travailler avec franchise, transparence. On veut qu'elle voit comment nos membres du CR perçoivent de loin ce qui leur semble étrange, détonner, parce qu'elle, elle peut corriger le tir souvent très rapidement. C'est pour rester attaché. Avec celle qu'on a actuellement, l'alliance elle est là. Alors, ça se passe bien » (entrevue, 18 décembre 2014).

Il arrive également que les membres des CR portent à l'attention des directions concernées les situations de maltraitance de manière « individuelle », c'est-à-dire avec l'utilisateur ou la famille insatisfaite. Dans la situation 7 du CU 3 par exemple, un membre du CU, qui siège aussi à un CR, raconte comment il s'y prend.

« Ma façon de fonctionner (...) lorsqu'une famille veut se manifester, je les reçois, on regarde les problématiques, et là, on commence à travailler. On fait tout le brainstorming pour aller plus loin dans ce qu'ils veulent dire. Nous la documentons. (...) ma façon de travailler, entre autres, avec la chef de service, c'est qu'au moment où une personne nous rejoint pour nous parler d'une situation, je demande la permission : "Est-ce que je peux mettre au courant la chef de service parce qu'à plus ou moins long terme vous allez être orientés vers elle pour reprendre tout ce qu'on a dit ensemble, mais là, vous allez l'amener en résumé". Cela fonctionne à merveille. (...) on travaille directement avec la chef de service. Elle les reçoit. Là on est rendu presque à leur troisième heure de travail, et elle, elle dit : "voilà mes possibilités, moi c'est quoi ma latitude. J'ai tant de membres du personnel, j'ai tant d'heures auprès de tant de clients. Quand je divise cela, il me reste tant de choses". (...) Ce qu'on lui soumet comme problématique, ça l'oblige à fouiller sa propre organisation [c'est-à-dire de prendre le temps de regarder en profondeur ce qui s'y passe pour constater les problèmes, identifier leurs causes]. Des fois, elle a des réponses qui sont logiques et recevables par les familles et des fois non » (entrevue, 18 décembre 2014).

Dans cet extrait, lorsque le membre du CU soumet un problème à la chef de service, avec les personnes insatisfaites, cela pousse cette dernière à scruter son organisation, à regarder ce qui s'y passe, pour le constater (stratégie d'action offensive), et à exposer ses différentes possibilités pour le corriger (stratégie d'action défensive).

Tableau 16 : Ce que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance et les stratégies mises en œuvre pour exercer du pouvoir

---

*Pour les situations de maltraitance « collectives » :*

- les membres des CU, parfois conjointement avec les CR, peuvent faire des représentations — prendre position, émettre des recommandations, au CA de l'établissement ou à la direction :
  - en montant un dossier d'observation et en l'acheminant au CA ou à la direction;
  - en acheminant une lettre au CA ou à la direction;
  - en prenant position au CA directement, car des membres des CU y siègent;
  - en faisant des recommandations dans leur rapport annuel, qui est ensuite soumis au CA;
  - ou en écrivant une lettre à la commissaire.

*Pour les situations de maltraitance « individuelles » :*

- les membres des CU peuvent aider l'utilisateur ou le membre de famille insatisfait à rédiger une plainte et à l'acheminer à la commissaire ou au médecin examinateur :
  - de façon plus précise, pour le CU 1, c'est surtout la coordonnatrice qui détaille, avec les usagers ou les membres de famille, les situations de maltraitance, et qui les aide, lorsqu'ils le désirent, à rédiger une plainte et à l'acheminer à la commissaire ou au médecin examinateur;
  - dans les deux autres comités, aucun membre n'a mentionné avoir aidé un usager ou un membre de famille à rédiger une plainte.

*Pour les situations de maltraitance « individuelles » et « collectives » :*

- les membres des CU peuvent également tenir des rencontres avec les directions, les représentants de la direction ou la commissaire :
  - dans les situations de maltraitance « individuelles », la coordonnatrice du CU 1 rencontre la direction pour l'informer du problème, de façon anonyme — en traduisant le problème individuel en un problème plus général, qu'une plainte ait été déposée ou non; cette façon de faire lui permet d'outrepasser la peur des représailles que peuvent vivre certains usagers ou membres de famille;
  - pour le CU 2, comme la directrice du programme hébergement milieu de vie siège à toutes les rencontres du comité, les membres peuvent lui faire part des situations de maltraitance « individuelles » ou « collectives »;
  - dans les CU 1 et 3, comme il n'y a pas de membres de la direction qui siègent à leurs rencontres de comité, ils peuvent informer les représentants de la direction des situations de maltraitance « individuelles » ou « collectives » et leur poser des questions; si ces derniers ne connaissent pas les réponses, les membres vont leur demander de s'informer auprès des autorités concernées;
  - il arrive également que les membres des CU portent à l'attention de la commissaire les situations de maltraitance « individuelles » ou « collectives » lors d'une de leurs rencontres de comité, puisqu'elle y est invitée pour présenter son bilan annuel des plaintes;
  - pour les trois CU, des situations de maltraitance « individuelles » ou « collectives » envers les résidents des CHSLD sont portées à l'attention des directions concernées lors des rencontres des CR, puisque des directions y participent; cela permet aux membres de s'informer du pourquoi de ces situations et d'avoir des explications;
  - il se peut aussi que les membres des CR portent à l'attention des directions concernées les situations de maltraitance de manière « individuelle », c'est-à-dire avec l'utilisateur ou la famille insatisfaite.

---

*Dans certaines situations, pour exercer du pouvoir et forcer un changement, des membres des CU mettent en œuvre des stratégies d'action offensives :*

- ils attirent l'attention des membres du CA, de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire sur des problèmes ignorés ou négligés; ils font voir les problèmes à ces personnes (situation 5 du CU 1; situation 6 du CU 2; situation 5 du CU 3);
  - ils prennent position, vis-à-vis des décisions prises, lorsqu'ils ne sont pas en accord avec ces dernières ou qu'elles ne respectent pas les intérêts, les besoins ou les droits des usagers (situation 6 du CU 3);
-

- 
- ils font voir autrement les problèmes, en mettant de l'avant les intérêts des usagers et en partageant et en faisant comprendre leur réalité, leurs malaises, afin qu'ils aient une perspective plus large des problèmes (situation 6 du CU 3);
  - ou ils amènent la direction à regarder, en profondeur, ce qui se passe dans le milieu, pour constater les problèmes (situation 7 du CU 3).

*Simultanément, ces membres mettent en œuvre des stratégies d'action défensives :*

- ils proposent des solutions ou des mesures pour corriger les problèmes, ou des moyens pour amenuiser la gravité des situations ou les désagréments vécus (situation 5 du CU 1; situation 5 et 6 du CU 3);
- ou amènent la direction ou les représentants de la direction à exposer leurs différentes possibilités pour corriger les situations, et s'ils ne sont pas en accord avec ces dernières, ils les remettent en cause (situation 7 du CU 3).

Ces stratégies offensives et défensives d'action (Crozier et Friedberg, 1977) favorisent l'autonomie des CU dans la défense des droits des usagers, dont leur capacité à influencer le cours des choses.

---

## **7.5 Ce que font les CU pour s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux**

Une fois que les membres des trois CU ont porté à l'attention de la direction les situations de maltraitance, ils sont souvent invités à « collaborer » avec elle pour trouver des mesures ou des solutions.

C'est ce qui se produit notamment, dans les situations de maltraitance « collectives », pour l'élaboration et la mise en œuvre de différents plans d'action ou programmes.

Pour les délais de réponse aux besoins d'élimination des résidents par exemple, le président du CU 3 dit ceci :

« si on prend le sondage qui a été fait en CHSLD, il y avait quelque chose (...) par rapport à la qualité de vie pour les besoins d'élimination. (...) Il y a un plan d'action qui est fait suite au questionnaire d'évaluation de la satisfaction. (...) ça va être amené [au CU] quand les CR vont l'avoir fini. Chaque CR travaille avec sa direction pour l'élaboration des plans d'action et après ils s'assurent qu'ils sont suivis » (entrevue, 19 mars 2015).

Il arrive aussi, parfois, qu'au lieu que chaque CR travaille individuellement avec la direction, qu'un comité de travail se crée, avec certains membres de la direction, les représentants de la direction et les membres du CU — dont des membres du CU, qui

siègent aussi à un CR, pour échanger directement entre eux, et éviter les négociations avec chacun des différents CR.

Dans un autre exemple, qui concerne les problèmes en rapport avec l'alimentation, la présidente du CU 2 mentionne ceci :

« il y a eu un programme de fait (...) une étude sur l'alimentation (...), qui a permis de proposer des correctifs. (...) Pour réaliser ce programme, il y a eu une étude sur les besoins nutritionnels [et] tout cela s'est fait en collaboration avec le CU. (...) Il y a un comité qui se réunit deux fois par année pour faire le point. Cela n'a pas encore été fait, mais le sera lors la prochaine réunion. Se réunissent le service alimentaire, le service de l'hébergement et le CU. Ensemble, on regarde "qu'est-ce qu'on a, qu'est-ce qui est à changer, on est rendu où, voici, dans le plan d'action on a ça, ça et ça, on est rendu-là". Il y a un suivi très serré » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 5).

Il arrive aussi que les membres des trois CU « collaborent » avec les directions pour développer des outils ou faire des expériences dans les milieux, pour corriger les situations. En voici deux exemples.

Dans la situation 9 du CU 1, la coordonnatrice dit ceci :

« dans ce centre, ça l'a été rapporté dans un CR [la préposée qui ne donnait pas d'insuline à un résident, parce qu'il ne portait pas son bracelet]. (...) Nous en avons parlé au chef de programmes, il y a des rappels qui ont été faits, et on travaille, suite à toutes les visites ministérielles qu'on a eues, il y a des nouveaux outils qui sont développés, pour évidemment respecter la confidentialité, mais aussi mieux identifier qui peut manger, qui doit avoir de l'insuline ou qui doit manger en purée ou en nourriture riche » (entrevue, 3 décembre 2014).

Le deuxième exemple est la situation 12 du CU 3. En entrevue auprès du président du CU, je lui demande : « par rapport à l'hygiène des lieux... » Il répond :

« majoritairement c'est correct, mais dans un CHSLD, il y a eu des problèmes. La présidente du CR est en train de travailler avec le responsable de l'entretien pour qu'il y ait des corrections, de faire des expériences par secteur, comme au niveau du plancher, la mousse, les odeurs, avoir des



heures de nettoyage plus fréquentes ou mieux faites » (entrevue, 19 mars 2015; situation 12).

Pour s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux, les membres des trois CU observent ce qui se passe dans les établissements, écoutent et questionnent les usagers ou les membres de famille pour voir si le problème se corrige ou perdure. Le président du CU 3 par exemple mentionne ceci :

« si je viens en CHSLD, il faudrait refaire quelque chose au niveau des culottes d'incontinence (...) parce que j'entends encore des choses bizarres (...) si jamais je réentendais, ou que les gens du comité l'entendaient, quand ils font des tournées ou quelque chose, on pourrait faire quelque chose parce que l'on dirait "bon, telle journée, telle journée, il est arrivé telle affaire". (...) Les gens continuent à voyager à l'intérieur du centre. Ils voient des choses. S'ils entendent que c'est encore cela qui se dit après ben (...). C'est un peu dans le même style que quand nous avons monté un dossier, on dit aux gens, "comment ça se passe chez vous, faites le tour". Il n'y a pas eu beaucoup de commentaires qui sont revenus dans le sens ce n'est pas respecté [les délais de réponse aux besoins d'élimination des résidents] (entrevue, 19 mars 2015; situation 2).

En étant présents dans les établissements, les membres des CU peuvent aussi constater la mise en place des mesures « correctives ». Dans une rencontre du CU 3 par exemple, un membre, qui siège aussi à un CR, mentionne ceci :

« les membres du CR remarquent qu'il y a des actions de réalisées pour diminuer l'incidence des actes de violence entre les résidents. Il y a beaucoup d'implication de la part du personnel et de la direction. Ça va bien sur les unités, c'est encourageant. C'est plus calme, en grande partie. Vers 15-16 h c'est infernal encore pour une à trois personnes. Il y a aussi des efforts de faits pour améliorer le milieu physique. La cuisine est maintenant ouverte aux résidents même si ce n'est pas le moment de manger. Les résidents peuvent s'asseoir aux tables » (observation, 19 mars 2015; situation 4).

Les membres de la direction peuvent également tenir informés les membres des comités des mesures « correctives » mises en place. La coordonnatrice du CU 1 par exemple, dit ceci :

« [les chefs de programmes] sont en train de revoir la procédure pour les culottes souillées des résidents, [les membres du personnel] laissaient ça dans les corridors. (...) Chaque fois qu'ils font des rappels [les chefs de programmes] m'envoient le mémo qu'ils font aux membres du personnel (...) » (entrevue 3 décembre 2014; situation 13).

Tant qu'un problème n'est pas « corrigé », les membres des trois CU le remettent à l'ordre du jour lors de leurs rencontres de comités, pour en discuter. En voici trois exemples.

Dans la situation 6 du CU 2, qui concerne les chambres à deux lits dans un CHSLD, qui empêchent les résidents de mourir en toute intimité, le trésorier demande, lors d'une rencontre de comité : « qu'est-ce que l'on fait avec ça? » Ce qu'il a proposé de faire, c'est d'écrire une lettre à la commissaire pour la mettre au courant de la situation et lui demander si elle peut intervenir pour qu'elle ne se reproduise pas. Le CU 2 a eu une réponse de sa part, quelques semaines plus tard, où elle disait qu'elle essaierait de trouver des moyens avec les autorités concernées. Il précise :

« [la commissaire] elle y va avec des suggestions parce [qu'elle] ne décide rien, donc elle suggérerait qu'on évite d'utiliser les infirmeries pour des gens qui viennent d'ailleurs, qui viennent de l'hôpital et [qu'on] les conserve justement pour que les gens aient une fin de vie adéquate. Mais finalement, ce que je constate c'est que ce n'est pas encore parfait. Le CU va être obligé de revenir avec ça parce qu'actuellement, l'administration est prise avec un problème, il y a trop de monde à l'urgence, trop de monde sur les unités, à l'hôpital (...) [il faut] picosser pour dire que le problème est encore là » (observation, 18 février 2015).

En entrevue avec ce même trésorier, je lui demande : « quand vous écrivez dans le rapport annuel “suivi du dossier des cloches d'appels”, cela se fait comment? » Il répond :

« on le ramène à l'ordre du jour. On en reparle et on regarde si les gens trouvent que cela s'est amélioré. (...) Mais le fait de parler de ça, c'est de venir aux réunions, d'en reparler encore avec la directrice et de trouver des solutions » (observation, 18 février 2015; situation 4).

Dans la situation qui concerne la fermeture d'un dépanneur de CHSLD, la coordonnatrice du CU 1 raconte :

« nous avons demandé de rencontrer la direction du centre, la direction de l'hébergement, et le président de l'association des bénévoles, pour qu'on nous explique le pourquoi de cette fermeture. C'est un sujet pour lequel nous demeurons très actifs. À chaque réunion, on s'informe du développement et de comment ça chemine » (entrevue 3 décembre 2014, situation 16).

Pour avoir un suivi des situations de maltraitance, ainsi que des mesures mises en œuvre pour les corriger, les membres des trois CU invitent aussi les directions concernées à leurs rencontres de comité.

À une des rencontres du CU 3 par exemple, un membre du CU, qui siège aussi à un CR, dit avoir été témoin de violences entre les résidents dans un CHSLD et qu'il est important que le CU soit informé des démarches en cours pour corriger le problème. Il est conscient qu'il y a des efforts de faits par l'administration, mais précise que cette dernière est souvent en rapport de force avec les conventions collectives et les syndicats (observation, 18 septembre 2014). À la rencontre suivante du CU, la directrice en charge de faire une analyse de la situation des comportements perturbateurs est venue donner des explications au CU sur ce qui s'est fait et ce qui va se faire pour corriger la situation. Il y a eu un échange entre elle et les membres du CU. À la fin de la rencontre, un membre a félicité la directrice pour les efforts qui ont été déployés et ceux qui sont à venir. Il souhaite que l'organisation offre les conditions pour que ces changements se réalisent. Il précise l'importance de conserver un esprit critique sur les actions mises en œuvre. « Le CU veut être au fait de l'avancement des travaux rapidement et avoir des suivis. Libérez la direction adjointe [de ses autres fonctions pour se consacrer à l'analyse du dossier des comportements perturbateurs], ça montre l'importance [de ce dossier pour

le comité de direction] ». Dans une autre rencontre du CU, un membre mentionne qu'il a réellement constaté que des actions étaient mises en œuvre dans ces îlots pour diminuer l'incidence des actes de violence entre les résidents (observation, 19 mars 2015; situation 4).

Pour assurer un suivi des situations de maltraitance « individuelles », qui ont trait à des comportements inadéquats des membres du personnel (de violence ou de négligence), la coordonnatrice du CU 1 s'informe auprès des personnes insatisfaites (par téléphone) des suites et des fins des plaintes qui ont été déposées, pour savoir si elles ont obtenu satisfaction; cela n'a pas été mentionné dans les CU 2 et 3. Dans la situation 2 du CU 1 par exemple, la coordonnatrice précise ceci :

« une fois que la plainte est déposée, la commissaire entre en communication, comme la plainte était par écrit, elle va répondre par écrit à la [résidente] (...). Je fais des suivis tous les mois, c'est-à-dire que je rappelle les gens qui ont porté plainte. Je leur demande comment va la progression de leur plainte, s'ils ont trouvé satisfaction et tout. Donc, c'est comme ça que je l'ai su [que la résidente a eu gain de cause] » (entrevue, 3 décembre 2014).

La coordonnatrice du CU 1 rencontre aussi les directions concernées pour leur faire part des situations de maltraitance « individuelles », et est souvent invitée à trouver des solutions avec elles pour les corriger. La coordonnatrice mentionne par exemple :

« on [la coordonnatrice et le directeur de l'hébergement] fait maintenant des essais avec la [résidente], à voir si l'on ne peut pas mettre une petite protection à l'intérieur [de sa culotte d'incontinence], que ce serait juste ça qui serait changé si elle fait quelques gouttes, plutôt que d'enlever toute la culotte [l'urine n'a pas atteint la petite ligne bleue] » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 4).

On constate donc, qu'il y a peu (voir pas) d'actions, pour assurer le suivi des situations individuelles, qui ont été nommés par les membres des CU — autre que la coordonnatrice du CU 1.

Tableau 17 : Ce que font les CU pour s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux

---

*Pour les situations de maltraitance « collectives » :*

- une fois que les membres des trois CU ont porté à l'attention de la direction les situations de maltraitance « collectives », ils sont souvent invités à collaborer avec elle pour trouver des mesures ou des solutions :
  - pour élaborer ou mettre en œuvre des plans d'action ou des programmes;
    - chaque CR travaille avec sa direction pour élaborer des plans d'action; ils veillent, ensuite, à assurer un suivi;
    - parfois, au lieu que chaque CR travaille individuellement avec sa direction, un comité de travail se crée, avec certains membres de la direction, les représentants de la direction et les membres du CU — dont des membres qui siègent aussi à un CR, pour échanger directement entre eux, et éviter les négociations avec chacun des différents CR. Les responsables des services concernés peuvent se joindre à ces comités;
  - pour développer des outils;
  - pour faire des expériences dans les milieux, pour corriger les situations;
- les membres des trois CU observent ce qui se passe dans les établissements, écoutent et questionnent les usagers ou les membres de famille pour voir si les problèmes se corrigent ou perdurent;
- en étant présents dans les établissements, les membres peuvent constater la mise en place des mesures « correctives »;
- les membres de la direction peuvent aussi tenir informés les membres des comités, des mesures « correctives » mises en place (par des mémos);
- tant qu'un problème n'est pas « corrigé », les membres des trois CU le remettent à l'ordre du jour lors de leurs rencontres de comités, pour en discuter;
- un membre du CU 2 précise d'ailleurs que si les changements tardent à venir ou que les problèmes se répètent dans le milieu, les membres doivent faire des pressions sur la direction ou la commissaire; leur signaler que le problème est toujours là;
- les membres des trois CU invitent les autorités concernées à leurs rencontres de comités, pour qu'elles puissent les informer des mesures, des démarches ou des actions prévues ou en cours pour corriger les problèmes, et qu'elles puissent entendre, répondre ou réagir à leurs questions, à leurs propositions ou à leurs préoccupations. Un membre du CU 3 précise l'importance que les membres conservent « un esprit critique » sur les actions retenues ou mises en œuvre par les autorités.

*Pour les situations de maltraitance « individuelles » :*

- pour assurer un suivi des situations de maltraitance « individuelles », la coordonnatrice du CU 1 s'informe auprès des personnes insatisfaites, par téléphone, des suites et des fins des plaintes qui ont été déposées, pour savoir si elles ont obtenu satisfaction; cela n'a pas été mentionné dans les CU 2 et 3;
  - la coordonnatrice du CU 1 rencontre aussi les directions concernées pour leur faire part des situations de maltraitance « individuelles », et est souvent invitée à trouver des solutions avec elles pour les corriger.
  - on constate donc, qu'il ne se fait pas « grand-chose » pour les suivis individuels.
- 

En somme, le traitement des situations de maltraitance, dont celles commises à l'endroit des aînés, par les CU peut se résumer par la mise en œuvre de différentes actions pour : s'informer des insatisfactions des usagers ou de leurs proches — des situations problématiques ou de maltraitance (les recevoir, être mis au courant, en être témoins,

etc.); prendre connaissance des faits et les analyser, pour convaincre les autorités de la fréquence ou de la gravité des problèmes, ou pour proposer des mesures ou des solutions (ou pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction — sur demande); les porter à l'attention des autorités et revendiquer un changement; et s'assurer de la mise en œuvre des changements.

#### **7.6. Portée et limites des actions des CU dans le traitement des situations de maltraitance**

Le troisième objectif de cette recherche visait à poser la portée et les limites des actions des CU dans le traitement des situations de maltraitance, et dans leur autonomie. Ce que nous documentons dans cette partie de la thèse, avec les effets de ces actions — à savoir si les problèmes « se règlent ». Les améliorations nécessaires à apporter aux actions des CU, pour mieux défendre les droits des usagers — les propositions des modes de bonification, seront présentées dans la *discussion* de la recherche, sous forme de recommandations.

Étant donné qu'il y a beaucoup de facteurs qui favorisent ou limitent le traitement des situations de maltraitance par les CU et leur autonomie, nous en présentons ici, dans le tableau 18, les grandes catégories, afin de faciliter la lecture et le repérage dans le texte. Les facteurs seront ensuite explicités dans les pages suivantes.

Tableau 18 : Grandes catégories de facteurs qui facilitent ou limitent le traitement des situations de maltraitance par les CU et leur autonomie

<p><b>Capacité et limites des CU à s'informer des situations de maltraitance.</b></p> <p><i>Facteur qui favorise la mise au courant des situations :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- présence et enracinement des membres.</li> </ul> <p><i>Facteurs qui limitent la mise au courant des situations :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non-connaissance et non-reconnaissance des CU/CR dans les établissements et de leur rôle;</li> <li>- peur des représailles vécue par les usagers/proches.</li> </ul>
<p><b>Capacité et limites des CU à analyser les situations de maltraitance.</b></p> <p><i>Facteur qui facilite l'analyse des situations :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concertation et échanges entre CU et CR; participation des membres à des formations/colloques.</li> </ul> <p><i>Facteurs qui limitent l'analyse des situations de maltraitance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté à « gérer » la confidentialité;</li> <li>- difficile « montée en généralité » des situations de maltraitance;</li> <li>- manque de temps lors des rencontres pour les analyser;</li> <li>- difficultés à les documenter;</li> <li>- rôle des émotions dans l'analyse des situations;</li> <li>- complexité des situations de maltraitance.</li> </ul>
<p><b>Capacité et limites des CU à informer les usagers/proches sur les démarches à prendre pour porter plainte/exprimer une insatisfaction.</b></p> <p><i>Facteurs qui aident les CU à informer les usagers/proches :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temps et relation de confiance avec usagers/proches insatisfaits;</li> <li>- consultation de différentes ressources.</li> </ul> <p><i>Facteurs qui limitent les CU à informer les usagers/proches :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- peur des représailles vécue par usagers/proches;</li> <li>- interprétation du rôle des comités relativement à l'accompagnement.</li> </ul>
<p><b>Capacité et limites des CU à obtenir une action de la direction : l'autonomie des comités</b></p> <p><b><i>Capacité des CU à faire entendre la voix des usagers/familles auprès des autorités</i></b></p> <p><i>Facteur qui favorise la prise de parole :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- animation et déroulement des rencontres et motivations des membres.</li> </ul> <p><i>Facteurs qui limitent la prise de parole :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manque de temps pour échanger;</li> <li>- peur des représailles vécue par les membres, qui sont des proches.</li> </ul> <p><b><i>Capacité des CU à questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle.</i></b></p> <p><i>Facteurs qui favorisent l'obtention des informations :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- présence des autorités/invités aux rencontres;</li> <li>- participation à des colloques/formations.</li> </ul>

---

*Facteurs qui limitent l'obtention des informations :*

- aucune mention d'obstacles dans l'obtention des informations nécessaires, auprès des autorités, pour comprendre les problèmes et leur traitement;
- aucune mention d'obstacles/limites dans leurs questionnements et remise en cause des réponses fournies.

***Capacité des CU à se faire entendre, à faire voir l'importance de leurs dires et à faire changer le regard des autorités sur les situations portées à leur attention.***

*Facteurs qui favorisent la capacité de faire changer le regard :*

- présence des membres dans les milieux et observations;
- sensibilité des membres à l'égard de ce que vivent les usagers/proches;
- pouvoir de suggestion des membres.

*Facteurs qui limitent la capacité de faire changer le regard :*

- aucune mention de limites/difficultés pour se faire entendre des autorités, pour faire voir l'importance de leurs dires et pour faire changer leur regard sur les situations portées à leur attention.

***Capacité des CU à influencer le cours des choses.***

*Facteurs qui aident les CU à influencer le cours des choses :*

- relations qu'entretiennent les membres avec les autorités — confiance, crédibilité, collaboration.

*Facteurs qui limitent les CU à influencer le cours des choses :*

- manque de pouvoir pour mettre en œuvre les mesures pour corriger les situations de maltraitance;
- défis de la collaboration;
- récurrence des problèmes en raison de facteurs individuels/organisationnels.

---

***Capacité et limites des CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements.***

*Facteurs qui aident les CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements :*

- collaboration entre CU/CR et dirigeants;
- présence dans les milieux;
- suivi des dossiers/outils pour le faire;
- moyens de communication.

*Facteurs qui limitent les CU pour s'assurer de la mise en œuvre des changements :*

- manque d'outils pour assurer le suivi;
  - liberté qu'ont les usagers/familles d'informer les CU des suites et des fins des plaintes déposées.
- 

### ***7.6.1 La capacité et les limites des CU à être informés des situations de maltraitance***

Les membres des CU arrivent à être informés des situations de maltraitance, dont celles commises à l'endroit des aînés, dans les ESSS au Québec.

#### ***7.6.1.1 Le facteur qui favorise la mise au courant des situations par les CU***

- *La présence et l'enracinement des membres dans les milieux*



La présence régulière des membres des comités dans les établissements, et à des moments variés — pas toujours aux mêmes heures ni aux mêmes jours de la semaine, favorise leur mise au courant des situations de maltraitance, et la prise en compte de leur fréquence ou de leur gravité. En étant présents dans les milieux, les membres peuvent mettre en place différents moyens d'information ou de signalement des situations « informels » et « formels ». Ces moyens permettent aux membres d'observer ce qui se passe dans les milieux, d'écouter et d'échanger avec les usagers, les proches ou les membres du personnel (moyens informels : des temps d'observation, d'écoute et d'échange), et de mettre à leur disposition des moyens d'expression de leurs insatisfactions (moyens formels : des activités de promotion et de sensibilisation, des AGA, des présences au bureau du CU, des rencontres individuelles avec les usagers insatisfaits, des moyens de communication, des sondages d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, etc.).

La présence des membres dans les établissements et la mise en œuvre de ces moyens informels et formels favorisent leur « enracinement » dans les milieux. Les membres se font connaître en tant qu'individu et comité, et à leur tour, ils connaissent les usagers, les proches et les membres du personnel.

En étant présents dans les milieux, les membres des comités peuvent être témoins de situations de maltraitance, dont celles dirigées à l'endroit des aînés. Ils peuvent détecter des signes qui sont révélateurs de violence ou de négligence (ex. chez les usagers). Ils peuvent créer des relations favorables à la révélation de situations préjudiciables ou à la révélation d'insatisfactions, avec les usagers, les proches ou les membres du personnel. Par exemple, un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, met en évidence le besoin,

pour les membres des comités, de s'approcher des usagers pour connaître leurs préoccupations. Il énonce :

« un des gros objectifs que j'ai cette année (...) c'est de me rapprocher des résidents. Il faut s'approcher, il ne faut pas le faire à distance. (...) il faut, nous, observer. Je dis toujours, on est les yeux et les oreilles de ces personnes-là dans le fond » (entrevue, 18 septembre 2014, CU 3).

Cet extrait montre que les membres doivent s'intéresser à ce que vivent les usagers ou les proches pour être au fait de leurs préoccupations ou de leurs insatisfactions.

La possibilité de cette présence dans les milieux, et de cette mise en œuvre de moyens informels et formels, est toutefois variable pour les membres des comités. Pour les membres résidents, cette présence et cet engagement peuvent se faire à tout moment, puisqu'ils résident dans les milieux. Ils sont ainsi bien placés pour être témoins de situations de maltraitance ou en être informés, et même pour les expérimenter eux-mêmes. Les limitations physiques des membres résidents peuvent les limiter dans leur engagement — pour réaliser des observations ou pour discuter avec les usagers ou leurs proches par exemple. Elles peuvent aussi faire en sorte que les membres soient plus sensibles à ce que vivent les autres usagers, et à l'importance des situations, puisqu'ils peuvent les expérimenter eux-mêmes avec leurs propres limitations. Pour les membres des comités qui sont des bénévoles, cette présence régulière au sein des établissements et cet engagement dans la mise en œuvre de moyens informels et formels dépend de leur disponibilité, tout comme pour les membres qui sont des proches, qui ont souvent d'autres obligations. Dans une rencontre du CU 3 par exemple, un membre bénévole me précisait que, comme les rencontres de ce comité se tiennent du matin jusqu'à l'après-midi, un jour de semaine, la possibilité de participation à un tel comité est pratiquement de la « discrimination involontaire ». Ce ne sont effectivement pas tous les employeurs

qui acceptent de libérer un employé, une journée par mois à peu près, pour qu'il participe à de telles rencontres. C'est alors probablement plus facile pour les retraités de s'engager dans un CU, puisque leur horaire peut contenir moins d'obligations. Malgré tout, les membres bénévoles et les membres qui sont proches, qui ont participé à notre étude, avaient la volonté de prendre le temps d'observer et d'écouter ce qui se passait dans les établissements, ainsi que d'échanger avec les usagers ou les proches pour connaître leurs préoccupations. Ils s'engageaient aussi dans la mise en œuvre des moyens d'information et de signalement des situations formels, telles que la réalisation d'activités de promotion et de sensibilisation.

Il semble toutefois que les membres des comités ont encore du travail à faire pour « s'enraciner » dans les milieux, pour être informés des situations de maltraitance, puisque plusieurs limites ont été soulevées par les membres.

#### *7.6.1.2 Les facteurs qui limitent la mise au courant des situations par les CU*

- *La non-connaissance ou la non-reconnaissance des comités dans les milieux et de leur rôle*
  - *La difficulté à circuler librement sur les unités des CHSLD*

Selon un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, les membres du personnel ne connaissent pas tous les membres qui composent les CU et les CR, ainsi que le rôle de ces comités dans les établissements, ce qui limite leur possibilité de circuler librement dans les milieux pour recueillir les situations de maltraitance (ex. pour réaliser des observations). Il mentionne que même les professionnels avec beaucoup d'ancienneté ne connaissent pas nécessairement le rôle de ces comités. Il se demande même si les membres des CR peuvent se déplacer sur les unités des CHSLD, avec leurs cartes

d'identité (les bénévoles en sont également pourvus), sans motif autre que de faire partie d'un CR. Il précise sa pensée :

« là, on le fait samedi et on s'est donné des points d'informations, en plus de nos animations des clients, parce que c'est notre chance de voir un peu comment ça se passe [d'observer]. On est obligé de se donner des manières de travailler comme ça, parce qu'on n'est pas sûr de l'accueil qu'on nous ferait, de la place qu'on nous ferait si on n'avait pas les textes de Noël. Dans les lieux collectifs oui, je parle peut-être au bingo, au méchoui l'été, mais pas [sur les unités des CHSLD] » (entrevue, 18 décembre 2014, CU 3).

Dans cet extrait, le membre du CU 3 met en lumière que si les membres des comités n'ont pas d'informations à fournir aux résidents ou des activités ou des animations à réaliser, il n'a pas la certitude que leur présence sera bienvenue sur les unités des CHSLD.

- *La difficulté à mettre en place des moyens pour promouvoir les comités et leur rôle*

La coordonnatrice du CU 1 met en évidence que les membres de la direction ne connaissent pas le rôle des CU et des CR dans la lutte contre la maltraitance, ce qui fait que les comités ont dû « se battre » pour pouvoir insérer leur dépliant dans la trousse d'accueil des nouveaux employés — pour que ces derniers puissent référer les personnes insatisfaites aux comités dans de telles situations. Elle raconte :

« à chaque nouvel employé qui arrive au centre, ils ont une journée de formation et il y a la commissaire qui parle de son rôle et de notre rôle et qui remet le dépliant [du CU]. Elle explique notre mandat, nos fonctions. On s'est battu pour que notre dépliant soit dans la trousse d'accueil. (...) Les premières réponses qui nous ont dit [les directions], c'est que dans cette trousse (...) c'est ce qui est relatif au syndicat, à la paye, aux ressources humaines, comment obtenir les cartes d'identité, les cartes de stationnement. Ils ne voyaient pas la nécessité de voir notre dépliant à l'intérieur de ça. Nous on a fait valoir notre point en disant que c'était important qu'ils connaissent le CU pour nous référer. Souvent, quand j'ai des événements qui proviennent du centre hospitalier, et que je demande : “comment vous avez entendu parler du CU?” “C'est le personnel aux archives qui m'a remis votre dépliant ou c'est la personne en psychologie qui me l'a donné!” J'ai

souvent ça comme référence, que c'est un membre du personnel qui a remis nos coordonnées. (...) je nous dis bravo parce que nous avons atteint notre objectif, parce que comme cela, nous avons des yeux et des oreilles partout. Ça a été reconnu que c'était utile » (entrevue, 3 décembre 2014).

On constate, dans cette situation, que la direction ne voyait pas la nécessité d'intégrer le dépliant du CU dans la trousse d'accueil des nouveaux employés, qui s'avère un outil pour informer et référer les personnes insatisfaites vers une instance de plainte. Certaines directions peuvent donc être méfiantes vis-à-vis des CU, ne pas reconnaître leur légitimité ou leur pertinence dans la lutte contre la maltraitance.

- *La communication difficile et non-immédiate lors de situations de maltraitance*

Le fait que les membres de la direction ne connaissent pas, ou ne reconnaissent pas, le rôle des comités dans la lutte contre la maltraitance fait aussi en sorte que les membres de la direction ne communiquent pas immédiatement avec les comités, lors de telles situations, pour les en informer — ce qui constitue une entrave à la légitimité des comités, à leur droit d'agir, dans le traitement des situations de maltraitance. Dans la situation 4 du CU 3 par exemple, qui concerne les violences entre les résidents dans un CHSLD (deux résidents sont décédés à la suite de ces violences), un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit être déçu de ne pas avoir été informé plus tôt, en tant que président du CR, du décès d'un résident par la direction générale, puisqu'il l'a appris par les médias. Il précise que le rôle des comités n'est pas improvisé puisqu'ils ont été mis là par le législateur. Si les membres des comités vont aux funérailles, ils se font poser des questions par les familles, mais ne sont pas au courant de la situation. « C'est un événement tragique et c'est là qu'il doit y avoir des communications entre la direction générale, le CU et les médias. Il faut sensibiliser le CA concrètement » (observation, 20 novembre 2014). Dans le procès-verbal de cette rencontre, il était écrit :

« recommandation au comité de direction : lorsque survient un événement majeur touchant la clientèle, le CU et le CR concerné (s'il y a lieu) demandent au comité de direction de les informer officiellement. Ces comités ont un mandat envers l'amélioration de la qualité des services et l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et résidents. Les événements (...) du décès au centre d'hébergement ont été largement médiatisés avant que la direction se manifeste au CU. (...) Lorsque le président du CU et la coordonnatrice sont informés d'une situation, ils ont la responsabilité d'aviser les membres des comités concernés (...) ».

Dans cette situation, on voit que le comité de direction n'avise pas, ou trop tardivement, le CU et les CR lors d'une situation de maltraitance envers les résidents d'un CHSLD. Le CU souhaite que la direction reconnaisse son rôle d'information à la population et aux familles relativement aux situations préjudiciables dans ces milieux. En effet, si les membres des comités ne sont pas avisés de ces situations par la direction, il est difficile pour eux de remplir leur mandat. Une des stratégies développées par le CU est alors de faire une recommandation à la direction à l'effet que le comité souhaite être informé officiellement lorsque surviennent des événements majeurs touchant la clientèle.

- *L'accessibilité difficile au bureau des CU*

Une non-connaissance ou une non-reconnaissance des comités dans les milieux, de leur rôle notamment, peut aussi faire en sorte que le bureau des CU soit situé dans un endroit plus ou moins accessible du CSSS, dans un endroit isolé. Dans le CU 1 par exemple, le bureau du CU est situé sur les étages supérieurs d'un centre hospitalier. La coordonnatrice du comité précise que cela est dangereux pour les membres qui reçoivent un usager insatisfait. Elle raconte une situation :

« un usager s'est présenté [au bureau du comité] suite à une douleur intense aux sinus. Il disait qu'il n'avait pas reçu les soins adéquats. Je l'ai informé que la plainte pouvait prendre jusqu'à 45 jours avant d'être traitée. Il a démontré des signes d'agressivité physique et de violence envers moi, et voulait une dose de morphine sur le champ » (observation, 26 novembre 2014).

À cet effet, les membres du CU ont demandé à ce que leur bureau soit changé de place, il est trop isolé.

- *La difficile obtention d'aide technique par l'établissement*

Comme les membres des CU ou des CR ne sont pas des « employés » de l'établissement, il est aussi plus difficile pour eux d'obtenir de l'aide du service technique du CSSS lorsqu'ils éprouvent des problèmes avec leurs moyens de communication pour recevoir et traiter les situations de maltraitance. Dans une des rencontres du CU 3 par exemple, un membre du CU, qui siège aussi à un CR, raconte que son CR a enfin réussi à obtenir une adresse courriel, mais lorsqu'il répond à un courriel, c'est son nom personnel qui est indiqué, au lieu de celui du CR. Il a appelé au service technique du CSSS, à plusieurs reprises, mais personne n'a retourné son appel. Quand on lui a finalement répondu, on lui a dit que cela ne se faisait pas — mettre le nom du CR dans un retour de courriel. Pourtant, avec l'adresse du CU, cela fonctionne. Le représentant de la direction, qui siège aux rencontres du CU, mentionne que la réponse du service technique est « normale » puisque la personne responsable s'occupe seulement des employés de l'établissement. Le membre du CU 3 est découragé et dit : « on aimerait avoir plus de considération! » Cela faisait un an qu'il voulait une adresse courriel, il vient de l'avoir, mais ne peut pas l'utiliser correctement. Cela l'empêche de bien fonctionner, malgré sa bonne volonté. Sur l'heure du dîner, le représentant de la direction est venu voir le membre du CU 3 pour lui dire qu'il allait s'en occuper et que cela lui faisait plaisir (observation, 22 janvier 2015).

- *La difficile compréhension par les membres de leur rôle dans la défense des droits : un besoin d'outils, de formations, d'encadrement*

Les membres des comités éprouvent certaines difficultés à s'approprier leur rôle et leur mandat. Par exemple, un membre du CU 3, qui siège également à un CR, met en évidence le besoin qu'ont les membres des comités d'être « encadrés » pour bien connaître les limites de leurs actions (ex. les situations de maltraitance qu'ils peuvent traiter ou non). Il mentionne :

« c'est long avant que l'on comprenne comment on doit être au CR. Ça prend plus qu'une formation. Moi je vais aller à ma troisième formation au début 2015. C'est d'une densité très très grande. Ça demande d'être encadré pour dire qu'on fait bien notre travail. Quand est-ce que je suis sur la patinoire du CR et quand est-ce que je suis dans une situation tellement clinique, qu'elle ne nous appartient pas » (entrevue, 18 décembre 2014).

La présidente du CU 2, quant à elle, met en lumière le besoin d'outils, pour les membres des CR, afin qu'ils puissent bien comprendre leur mandat et leurs modes de fonctionnement. Elle précise :

« ce que l'on veut monter avec la dame du RPCU, c'est un programme où on va équiper davantage les CR pour l'organisation de leurs réunions. La personne-ressource de notre CU, qui quitte, s'est épuisée beaucoup à essayer de leur faire comprendre et à répéter tout le temps. On manque d'outils. (...) pour comprendre les modes de fonctionnement, les mandats, parce que l'année passée, dans un comité, j'ai été obligé d'intervenir parce qu'un monsieur faisait juste acheter des fleurs. (...) Ce n'est pas dans votre mandat. Ce n'est pas de la défense de droits. Ce n'est pas de la promotion » (5 novembre 2014).

Ce manque de connaissance, quant au rôle des comités dans la défense des droits, fait en sorte que des CR n'utilisent pas les moyens à leur portée pour recevoir et traiter les situations de maltraitance. Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit ceci :

« il y a un petit bureau ici que le CR a. Je n'ai pas compris pourquoi il n'y a pas une personne au moins quatre heures par semaine pour recevoir les plaintes que les personnes ont à formuler. (...) Ils ont une ligne téléphonique, [les membres du CR] ne se servaient pas de ça non plus. Une boîte vocale, pour dire : "j'aimerais vous rencontrer ou j'ai une plainte à formuler". Une



adresse courriel, ils n'avaient pas ça apparemment non plus. C'est des outils qui peuvent nous amener des problématiques, pour essayer d'amener des solutions et de les régler, de les résoudre » (entrevue, 18 septembre 2015).

Un membre du CU 3, qui siège également à un CR, explique même qu'un président de CR trouve inutile d'approfondir la connaissance des droits, ce qui fait qu'il se prive de moyen ou d'outils pour examiner les situations. Il raconte :

« j'ai été au CR en 2012 et au début 2014, j'ai démissionné pour pression sur ma personne, documentée. J'avais tous les courriels, parce que moi je voulais travailler sur les droits de la personne dans le CR. J'avais suivi un cours et je connaissais pas mal le mandat et j'étais secrétaire. Des fois j'arrivais trois jours avant la réunion pour déposer mon papier officiellement puis ça l'a créé des frictions avec l'ancien président. Une bonne personne, mais probablement avec une histoire de vie difficile. Il m'a harcelé sur le courriel et puis j'ai fait un historique de harcèlement » (entrevue, 18 décembre 2014).

Cette situation montre l'existence de conflits au sein d'un même CR.

La coordonnatrice du CU 1 met aussi en lumière un certain manque de connaissances quant aux responsabilités des « bénévoles » dans la dénonciation des situations de maltraitance. Elle dit :

« la famille est venue me voir et je l'ai aidée à rédiger la plainte et j'ai consulté l'avocate. Le but de la consulter c'était que moi je savais que si c'était le PAB qui l'avait vu [les attouchements entre résidents], il aurait fallu qu'il le dise, mais un bénévole. Je me disais, c'est quoi sa responsabilité? Jusqu'à quel point il doit intervenir? (...) Ensuite, quand une des directions est venue présenter le code d'éthique au CU, il y a eu un retour sur les responsabilités des bénévoles. C'était une demande du CU. Ils en ont tenu compte dans le code d'éthique » (entrevue, 26 mars 2015; situation 15).

Ces résultats nous amènent à penser, ici aussi, que si les membres des CU étaient mieux outillés « conceptuellement » sur la maltraitance, dont sur la maltraitance envers les aînés (ex. sur sa terminologie), il serait plus facile, pour eux, d'identifier et de comprendre les actions qu'ils doivent mettre en œuvre pour défendre les droits des

usagers et lutter contre la maltraitance (ex. connaître les droits des usagers pour mieux reconnaître et analyser les situations de maltraitance), mais aussi de mieux comprendre la pertinence d'utiliser les outils ou les moyens à leur portée pour le faire (ex. l'utilisation des moyens de communication pour recevoir et traiter les situations de maltraitance).

- *La peur des représailles vécue par les usagers ou leurs proches*

Une autre difficulté des CU à être informés des situations de maltraitance est la peur des représailles vécue par les usagers ou leurs proches. Cette peur fait en sorte que ces personnes ne veulent pas dénoncer les situations.

Des stratégies sont développées par les membres de famille pour « passer par-dessus » cette peur des représailles. Un membre du CU 3, qui siège également à un CR, raconte une situation :

« j'ai une famille, qui nous a envoyé une lettre, et c'est en regard de l'alimentation. Elle m'a parlé au téléphone et elle a tenu à dire : "je me présente comme étant un homme quand je signe et je présente la situation de ma mère comme si elle était un homme, parce que je ne veux surtout pas que ce soit découvert, détecté, parce qu'il pourrait vraiment y avoir un préjudice envers ma mère, du fait qu'on a fait des représailles au CR" » (entrevue, 18 décembre 2014).

Cet extrait montre l'importance, pour les membres des comités, d'assurer la confidentialité des personnes qui dénoncent les situations de maltraitance.

La présidente du CU 2 précise que pour favoriser la dénonciation des situations de maltraitance :

« ça prend l'assurance d'être écouté et d'être cru parce que ce n'est pas évident. Quand tu veux déclarer puis qu'on te répond "bien non, ça ne se peut pas, pas un tel!" (...) Probablement que oui ça va venir, on va réussir avec le régime des plaintes à faire en sorte qu'on croit les gens, qui vont comprendre que oui on peut corriger des choses de cette façon-là. Les CU

peuvent avoir un rôle dans la promotion de l'amélioration de la qualité que l'on peut aller chercher avec ces plaintes-là, à tous les niveaux. Au niveau des soins et au niveau de diminuer le nombre d'abus qui pourrait être fait » (entrevue, 5 novembre 2014).

### ***7.6.2 La capacité et les limites des CU à analyser les situations de maltraitance***

Les membres des CU parviennent à analyser les situations de maltraitance pour convaincre la direction de la fréquence ou de la gravité d'un problème et pour proposer des mesures ou des solutions.

#### ***7.6.2.1 Le facteur qui facilite l'analyse des situations par les CU***

##### ***- La concertation et les échanges entre les comités, les formations et les colloques***

Pour imaginer plus facilement des mesures ou des solutions aux situations de maltraitance portées à leur attention, les membres des comités ont mentionné dans cette étude, que la concertation et les échanges entre le CU et les CR d'un même CSSS notamment, était facilitant. Nous avons effectivement vu que les membres des CR portent à l'attention des CU les situations préjudiciables lorsqu'ils veulent être appuyés dans leurs démarches (ex. pour faire des pressions sur l'établissement) ou lorsqu'ils ne trouvent pas de solutions dans leurs propres CR, et ont besoin de se concerter pour en trouver ou en imaginer — étant donné la gravité ou la complexité des situations de maltraitance. Les membres des comités souhaitent effectivement que les situations se corrigent le plus rapidement possible, pour éviter qu'elles perdurent, se reproduisent ou qu'elles causent encore plus de tort aux usagers.

Le fait de suivre des formations ou de participer à des colloques (ex. le colloque annuel du RPCU, le colloque sur la maladie d'Alzheimer de Carpe Diem, les journées régionales des CU) permet également aux membres d'entrer en relation et d'échanger

avec les CU et les CR d'autres CSSS, ou avec les regroupements provinciaux des CU, desquels ils peuvent recevoir des suggestions ou des informations. Cela permet aux membres de se faire une idée de ce qui se fait dans d'autres milieux et d'enrichir leur travail au sein de leur propre comité, entre autres, pour imaginer ou trouver plus facilement des mesures ou des solutions pour contrer les situations de maltraitance.

L'analyse des situations faite par les comités, pour convaincre la direction de la fréquence ou de la gravité d'un problème, ou pour proposer des mesures ou des solutions, ne se fait toutefois pas toujours sans difficulté; ce qui nous amène aux limites nommées par les membres.

#### *7.6.2.2 Les facteurs qui limitent l'analyse des situations par les CU*

##### *- La difficulté à gérer la confidentialité*

Lors des rencontres des comités, les membres discutent des situations de maltraitance portées à leur attention pour en informer les autres membres, et voir s'il s'agit d'un problème « individuel » ou « collectif ». Selon un membre du CU 3, qui est également présidente d'un CR, ces échanges entre les membres sont toutefois limités, ou plus ardu, en raison de leurs difficultés à gérer la confidentialité. Les membres doivent faire preuve d'une grande discrétion pour s'assurer ne pas dévoiler les noms des personnes qui ont fait le signalement. Elle précise ceci :

« il y a la notion de confidentialité (...) qu'on ne sait pas si bien que ça gérer. Et moi-même, comme présidente du CR, il m'arrive de m'interroger beaucoup sur le comment je vais partager cela [les situations préjudiciables] à la prochaine réunion du CR, parce qu'il doit être mis au courant que nous avons été interpellés, mais en même temps, il ne faut pas identifier les familles qui ont fait le signalement. (...) On traite cela d'une manière non-nominée au CR. (...) On est toujours à essayer de voir comment on peut parler de la chose d'une façon neutre et qu'elle est son point commun avec

les autres situations qui nous ont déjà été rapportées et qui sont encore dans le réseau » (entrevue, 18 décembre 2014).

Dans cet extrait, on voit qu'une des façons d'assurer la confidentialité des situations et des personnes, est de parler du problème d'une façon neutre et dénominalisée, c'est-à-dire de parler du problème sans pouvoir identifier qui l'a vécu ou l'a signalé, et de voir son rapport avec d'autres situations du même genre en cours dans l'établissement.

De plus, pour voir si un problème est individuel ou collectif, il arrive parfois que les membres des comités vont forcer les membres de famille, qui dénoncent les situations de maltraitance, à dévoiler les noms des personnes qui ont mal agi, pour vérifier si la même personne est à l'origine de plusieurs situations commises envers les résidents. Un invité aux rencontres du CU 2 dit ceci :

« le CR me disait : “il faut que tu donnes des noms, c'est qui les employés”. Je n'ai pas voulu au début (...) parce que ça s'est réglé. Sauf qu'à un moment donné, le CR m'a interpellé parce qu'il y avait eu des plaintes vis-à-vis de ces mêmes employés, dont un, dont la mère est morte, qui avait dit à la directrice générale : “vous savez de qui je parle, il y en a deux [membres du personnel] qui sont paresseuses et qui ne travaillent pas”. Un moment donné, il m'a dit : “c'est telle, telle personne”. Puis, j'ai dit : “oui, mais (...) ça s'est corrigé depuis”. (...) Il y a des employés qui faisaient n'importe quoi. Il fallait que l'employeur s'impose pour exiger des normes (...) » (entrevue, 18 février 2015; situation 2).

La confidentialité des personnes maltraitées (ou présumées), et de celles qui font le signalement, sont importantes, tout comme la confidentialité des employés maltraitants (ou présumés). Or, l'extrait ci-dessus semble révéler une certaine limite des comités quant au respect de la confidentialité des employés présumés maltraitants.

- *La difficile « montée en généralité » des situations de maltraitance*

En entrevue, la présidente du CU 2 énonce ceci :

« dans certains comités on est obligé de dire... écoutez, on ne nomme pas de noms, placoter pour placoter... on décrit une situation qui cause des préjudices pas juste à une personne. Si c'est cela, la personne va trouver la personne responsable et elle règle son problème. Mais il faut que ce soit l'ensemble des résidents qui soit touché, il faut qu'il y en ait plusieurs. (...) D'adresser un problème qui concernent l'ensemble des résidents, pas de régler des situations personnelles. (...) C'est pour les droits des usagers et on est là pour faire respecter l'ensemble des droits des usagers, pas juste un » (entrevue, 18 février 2015).

Dans cet extrait, on voit que la présidente est d'avis que les rencontres des comités ne sont pas des moments pour discuter des problèmes personnels individuels, mais bien pour discuter des problèmes qui touchent l'ensemble des résidents.

Cette position, de vouloir discuter seulement des problèmes collectifs lors des rencontres des comités, met en évidence une certaine difficulté des membres, à mesurer ou à entrevoir la portée plus générale d'un problème individuel. Or, en rencontre de CU notamment, lorsqu'un membre parle d'un problème individuel vécu par son proche hébergé, et que les autres membres du comité ne mesurent pas ou n'entrevoient pas cette portée plus générale du problème, cela fait en sorte qu'ils ne discutent pas des mesures ou des solutions à proposer ou à mettre en œuvre pour le faire cesser. Dans la situation 20 du CU 1 par exemple, un membre mentionne que sa mère, hébergée au CHSLD, est habillée n'importe comment par les membres du personnel et que son linge est régulièrement entassé dans le fond de sa garde-robe. Pour améliorer la situation, il « monte aux barricades ». Quand il parle de ce problème à la commissaire, qui participe à la rencontre du CU, cette dernière prend des notes et mentionne que ce n'est pas la première fois que ce genre de situation est porté à son attention. Le membre du CU 1 dit ceci : « peut-être que les préposées n'ont pas le temps ». La commissaire lui répond : « cela devrait aller de soi. Mettre du linge sur un support, plutôt que dans le fond du

garde-robe, ce n'est pas vraiment plus long! » Les autres membres du CU écoutent cette situation, disent que ce n'est pas correct, mais ne parlent pas d'actions à mettre en œuvre pour la corriger. Ils semblent se limiter eux-mêmes dans l'analyse de la situation et la mise en œuvre d'actions, car ils ne mesurent pas ou n'entrevoient pas la portée plus générale du problème. Le membre du CU 1 « règle » le problème à la source, il ne veut pas s'impliquer dans un processus administratif (observation CU 1, 2 septembre 2014).

- *Le manque de temps pour analyser les situations lors des rencontres*

Tel que nous l'avons documenté, les rencontres des CU sont des moments privilégiés pour prendre connaissance de la nature collective des situations de maltraitance. Toutefois, selon des membres des CU, comme ces rencontres sont chargées, c'est-à-dire que l'on y traite de nombreux sujets, les situations préjudiciables sont souvent seulement nommées à ces rencontres — au point prévu à l'ordre du jour notamment, où ils peuvent s'exprimer, pour faire part aux autres membres des situations qui ont été portées à leur attention. Or, ces moments ne sont pas toujours suffisants ou idéals pour que les membres puissent analyser en profondeur les situations et décider des actions à entreprendre. On énonce plutôt souvent rapidement ce qui devrait être fait pour éviter que de telles situations se reproduisent (ex. « il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui reste au poste »). C'est d'ailleurs pourquoi, dans le CU 3, un comité s'est créé, qui est composé de chacun des membres du CU, qui siègent aussi à un CR. Ces derniers veulent prendre le temps d'échanger entre eux sur les situations similaires problématiques dans les CHSLD, pour imaginer les meilleures mesures ou solutions possible. Ce comité est au tout début de sa création et de son fonctionnement.

- *Les difficultés à documenter les situations de maltraitance*

Nous avons vu que pour convaincre la direction de la fréquence ou de la gravité d'un problème, les membres des CU documentent les situations de maltraitance individuelles ou collectives pour valider les informations reçues et prouver le tout par des faits.

La coordonnatrice du CU 1 met toutefois en évidence que cela n'est pas toujours un réflexe pour les membres des CR de documenter les situations. Elle mentionne ceci :

« on a demandé que les membres du CU, qui siègent aussi à un CR, relèvent les événements [concernant le manque de personnel qui a fait en sorte que des résidents n'ont pas été habillés et lavés sur plusieurs jours], mais on n'a pas eu vraiment de statistiques réelles parce qu'ils ne se souvenaient pas des journées exactes. Ça n'a pas été un réflexe de documenter » (entrevue, 3 décembre 2014).

Un peu plus loin dans cette entrevue, la coordonnatrice évoque le besoin d'outiller les membres des CR, pour qu'ils aient entre les mains des formulaires leur permettant de documenter les situations de maltraitance lorsqu'elles sont portées à leur attention, ou des formulaires à remettre aux usagers ou aux membres de famille lorsqu'ils sont confrontés à de telles situations. Selon elle, le moment où la situation s'est produite et ce qui s'est passé, pour documenter les faits, devrait être inscrit sur ces formulaires.

La peur des représailles vécue par les usagers ou leurs proches fait aussi en sorte qu'il est plus difficile pour les comités de documenter les situations de maltraitance, de les prouver, puisqu'ils ont peur de dénoncer ces situations.

- *Le rôle des émotions dans l'analyse des situations de maltraitance*

Les émotions des membres des CU, dans l'analyse des situations de maltraitance, ne sont pas que négatives. Ce sont effectivement elles qui, en grande partie, motivent les



membres à convaincre la direction de la gravité d'un problème. Toutefois, lorsque les émotions ne sont pas tempérées, il peut être plus difficile, pour les membres, de regarder les problèmes avec une certaine objectivité. Le président du CU 3 raconte une situation :

« [un membre du CU] m'a parlé d'un CHSLD qui a une bonne réputation selon lui, et que là ça n'a plus d'allure. (...) je voyais qu'il était très, très émotif (...). Les observations qu'ils me faisaient, je n'étais pas capable de mettre le doigt sur une chose spécifique. C'était brouillon, puis il n'est pas comme cela d'habitude. Il est exigeant puis il est tranché dans sa job. (...) Je pense que c'est quelqu'un qui se sentait tout croche d'avoir eu besoin de placer sa mère du comment ça se passait après. Pas juste cette journée-là. Quand tu te sens coupable de quelque chose, tu vas justifier ton affaire avec plein de critiques. (...) C'est pour ça que je dis (...) que quand une personne vient, quand c'est un proche ou un répondant d'une personne hébergée, "reste donc un an ou deux après parce que votre perception ne sera pas la même, parce qu'émotivement, vous serez moins pris. Puis vous n'aurez plus à voir la dégradation de votre personne proche" » (22 septembre, 2014; situation 3).

Dans cet extrait, on voit que le membre du comité, qui est un proche, est affecté émotionnellement par la situation, puisqu'au moment où il en fait part au président du CU, les informations qu'il lui fournit sont embrouillées, remplies de critiques, ce qui rend plus difficile la précision de la nature du problème.

- *La complexité des situations de maltraitance*

Étant donné la complexité des situations de maltraitance, les membres des CU peuvent avoir de la difficulté à imaginer et à proposer de mesures ou des solutions pour les corriger. Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, mentionne ceci :

« [les] CR et le CU, on a des bonnes intentions de faire des choses, mais c'est difficile, c'est une grosse machine à faire bouger. Je comprends qu'ils font leur possible [les membres de la direction], mais il y a à faire mieux. On parle de qualité, alors il faut vraiment que la qualité soit là. (...) Quand je parle de certaines choses avec l'infirmière-chef, c'est souvent elle que je peux aller voir, oui elle va écouter et il y a des correctifs qui se font. (...) Mais un problème [les violences entre les résidents dans un CHSLD] pour des personnes qui peuvent être entre guillemets maltraitées [rires comme

malaise de dire ce mot], c'est tellement complexe, qu'on ne sait pas trop comment arriver à le prendre » (entrevue, 18 septembre 2014, CU 3).

Or, la complexité des situations de maltraitance fait en sorte que les CU et les CR sont parfois dépourvus dans l'analyse des situations — ils ne savent pas trop quoi faire, par où commencer, pour décider des actions à entreprendre pour les faire cesser. Dans ces cas complexes, il semble important que les comités puissent travailler en collaboration, entre comités (CU et CR), avec les directions, et peut-être même les familles, pour clarifier les situations et trouver des solutions. Les membres des comités ne peuvent effectivement pas toujours répondre à toutes les questions et avoir toutes les réponses. Outiller les comités sur des approches d'intervention en maltraitance semble d'ailleurs être une idée à considérer.

Dans l'extrait d'entrevue, présenté ci-dessus, il y a une autre idée qui mérite qu'on s'y arrête : la lourdeur de l'organisation difficile à faire bouger. Ce passage sous-entend que lorsque les membres des comités portent à l'attention de la direction des ESSS des problèmes, et qu'ils proposent des mesures ou des solutions pour les corriger et améliorer la qualité, les changements apportés peuvent ne pas se faire immédiatement. Il peut y avoir une certaine lenteur dans leur mise en œuvre, étant donné « la grosse machine à faire bouger », soit la lourdeur des procédures, des mécanismes des établissements. Les membres des comités doivent donc, parfois, faire preuve de patience.

### ***7.6.3 La capacité et les limites des CU à informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction***

Les membres des CU arrivent à informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction.

#### *7.6.3.1 Les facteurs qui aident les CU à informer les usagers ou leurs proches*

##### *- Le temps et la relation de confiance avec les usagers ou les proches insatisfaits*

À une des rencontres du CU 2, un membre dit ceci : « les personnes qui prennent la peine d'en faire une [plainte], ils y ont réfléchi beaucoup, ils ont vaincu leurs peurs, ils ont fait tout un cheminement pour déposer une plainte. Il faut faire attention à cela aussi » (observation CU 2, 10 septembre 2014). Dans cet extrait, le membre du CU met en évidence l'importance de considérer le cheminement qu'ont fait les personnes insatisfaites au moment de les accompagner. D'avoir à l'esprit, qu'elles ont vaincu (ou en partie) leurs peurs et qu'elles ont bien réfléchi au problème et à sa dénonciation, pour bien les soutenir.

Nous avons vu que pour certains membres des CU (et coordonnatrice), il est important, au moment d'accompagner les personnes insatisfaites pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction, de prendre le temps de les recevoir et de les écouter; ce que facilite l'accès à un bureau de comité. Quand c'est leur souhait, les membres peuvent aider ces personnes à décortiquer le problème et à le documenter (à rédiger la plainte ou l'insatisfaction, en y mettant des faits), pour en préciser la nature et son importance pour elles (sa gravité, son intérêt). Cela ajoute à la crédibilité de la plainte ou de l'insatisfaction, si elles sont clairement présentées et argumentées. Cette démarche permet aux membres d'établir un rapport de confiance et de respect avec les personnes insatisfaites, propice à la révélation et à la discussion des situations de maltraitance — la confiance permet d'amenuiser la peur des représailles. Les membres des comités peuvent l'acheminer, s'il s'agit d'une plainte, à la commissaire ou au médecin examinateur, et s'il s'agit d'une insatisfaction, à la direction. En respectant leur

autonomie dans ces démarches, c'est-à-dire en les accompagnants et en les assistants, sans s'y substituer, et en respectant leurs choix, les comités participent à contrer la maltraitance.

- *La consultation de différentes ressources*

Au moment d'accompagner les usagers ou les membres de famille insatisfaits, les membres des comités peuvent aussi consulter différentes ressources, telles que l'avocate du CSSS et les regroupements provinciaux des CU (RPCU et CPM), pour obtenir des réponses aux questions des usagers ou de leurs proches, et valider les problèmes (est-ce un problème réel; est-ce problème qui ne satisfait pas l'utilisateur ou le membre de famille, mais qui ne contrevient pas la loi ou les droits?) pour les informer adéquatement. Cet accompagnement permet aux personnes insatisfaites d'avoir un accès facilité à leurs droits et obligations, et sur les recours dont elles peuvent disposer.

*7.6.3.2 Les facteurs qui limitent les CU pour informer les usagers ou leurs proches*

- *La peur des représailles vécue par les usagers ou leurs proches*

La peur des représailles vécue par les usagers ou les membres de famille limite la possibilité qu'ont les membres des comités de les accompagner dans leurs démarches — plusieurs de ces personnes ne veulent pas porter plainte ou exprimer leurs insatisfactions. Elles ont peur que la situation s'aggrave si elles le font. La présidente du CU 2 par exemple énonce que : « les gens en CHSLD ont toujours peur de porter plainte parce qu'ils se disent que ça va être pire. (...) C'est encore tabou » (entrevue, 18 février 2015; situation 13).

- *L'interprétation du rôle des comités relativement à l'accompagnement*

Les présidentes des CU 1 et 2 sont d'avis que les membres des comités peuvent accompagner les personnes dans leurs démarches pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction, en leur donnant l'information nécessaire pour se défendre, mais qu'ils ne peuvent pas faire les démarches à leur place. Dans la situation 10 du CU 1 par exemple, qui concerne de la maltraitance financière perpétrée par le fils d'une résidente (son tuteur légal) à son endroit (une résidente de RI), la présidente du CU 1 dit ceci :

« j'ai communiqué par courriel avec le monsieur [l'autre fils de la résidente, celui qui s'est aperçu des abus financiers]. (...) je lui ai donné l'adresse du CPM, je lui ai dit aussi qu'il y avait le Protecteur du citoyen, mais je lui ai aussi expliqué que nous, notre rôle, en tant que CU, ce n'est pas de faire les appels et les démarches à sa place, mais que nous, comme CU, on pouvait l'accompagner dans toutes les démarches qu'il va entreprendre. (...) nous, on ne pouvait pas vraiment faire plus que ça, on ne peut pas dépasser les cadres de notre mandat. Notre mandat s'arrêtait là » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans cet extrait, on voit que la présidente donne au membre de famille les coordonnées du CPM et celles du Protecteur du citoyen, qu'elle lui indique qu'elle ne peut pas faire les appels à sa place — elle est plutôt là pour le soutenir dans ces démarches.

***7.6.4 La capacité et les limites des CU à obtenir une action de la direction : l'autonomie des comités***

Les CU parviennent à obtenir des actions des dirigeants des établissements ou de la commissaire aux plaintes. Nous verrons dans cette partie de la thèse, comment cela se traduit à travers les différentes composantes de l'autonomie des comités (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). Nous identifierons leurs capacités et limites :

- 1) à faire entendre la voix des usagers et de leurs familles auprès des dirigeants ou des personnes responsables des droits et de la qualité;
- 2) à questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle;
- 3) à se faire

entendre, à faire voir l'importance de leurs dires et à faire changer le regard des dirigeants sur les situations portées à leur attention; et 4) à influencer le cours des choses.

*7.6.4.1 Les CU sont-ils capables de faire entendre la voix des usagers et de leur famille auprès de la direction ou de la commissaire?*

Les CU parviennent à faire entendre la voix des usagers et de leurs proches aux dirigeants des établissements ou à la commissaire aux plaintes.

*7.6.4.1.1 Le facteur qui favorise la prise de parole des CU*

*- L'animation et le déroulement des rencontres et les motivations des membres*

Étant donné que les réunions des CU se déroulent en suivant un ordre du jour, chacun sait à quel moment il a la responsabilité de donner de l'information aux autres, chacun est préparé; ce qui favorise la prise de parole des membres du comité, mais aussi celle des invités à leurs rencontres (ex. directions, commissaire) et des représentants de la direction qui y assistent.

L'animation des rencontres, par les présidents des CU, favorise également l'expression des points de vue divers puisqu'ils font bien attention de donner un droit de parole à chacune des personnes qui souhaitent s'exprimer sur un sujet, une remarque ou une question. Cela contribue au fait que les membres des comités se sentent à l'aise de dénoncer les préoccupations ou les insatisfactions des usagers ou de leurs proches, et d'énoncer des avis sur des changements qui, selon eux, devraient être faits dans le CSSS.

Cette prise de parole, pour dénoncer les situations de maltraitance, est l'une des raisons pour lesquelles les membres s'engagent dans un CU ou un CR — pour défendre les usagers ou protéger leur proche hébergé. Une personne membre du CU 2, qui siège aussi

à un CR, âgée de 71 ans, raconte comment elle a débuté son engagement au sein du comité. Lorsque son mari était hébergé, elle allait le visiter presque tous les jours. C'était une façon pour elle de s'assurer qu'il ait de bons soins. Quand quelque chose ne fonctionnait pas, elle en parlait tout de suite à la direction. Comme les membres du CR ont constaté que cette dame connaissait bien le milieu et qu'elle n'avait pas peur de parler de ce qui ne « marche » pas, ils lui ont demandé de s'impliquer dans le comité. Elle poursuit son engagement, après le décès de son mari, parce que cela lui permet de sortir de chez elle, de faire des rencontres, de porter des dossiers, de faire son social et de vivre des petits bonheurs au quotidien. Elle a l'impression de faire changer les choses, petit à petit (observation CU 2, 10 septembre 2014, CU 2). En complément d'information, elle ajoute ceci : « je suis allée au CR pour prendre soin de mon mari, mais aussi parce que j'avais un grand besoin de le voir. Je suis devenue amie avec le personnel. Je voulais protéger mon conjoint » (entrevue, 18 février 2015, CU 2). Dans ces extraits, on voit que la personne membre du CU s'est d'abord engagée au sein du CR pour protéger son conjoint, et parce que les autres membres avaient discerné sa connaissance du milieu et des gens, ainsi que sa capacité à dénoncer les problèmes. Elle poursuit son engagement par plaisir personnel, mais aussi pour faire changer les choses.

Même les deux résidents siégeant au CU 2, qui éprouvent certains problèmes d'élocution, ne se privent pas pour dénoncer les situations inadéquates qui surviennent dans les CHSLD où ils vivent — malgré la présence de la directrice du programme hébergement-milieu de vie, à toute la durée des réunions du comité. Dans une rencontre du CU 2 par exemple, un membre résident porte à l'attention de la directrice une telle situation. Il dit : « lorsque la préposée attitrée aux grands bains est en vacances, le grand

bain tombe à l'eau. Les résidents sont lavés dans leur lit. Quand il manque d'employés, on a un bain par semaine, bien on saute une semaine ». La directrice lui explique que parfois, quand la préposée attitrée au grand bain est en congé, elle demande à d'autres préposées de faire des heures supplémentaires pour donner ces grands bains en fin de journée. Elle est toutefois consciente que dans le plus gros CHSLD, le grand bain « est très facilement escamoté ». Elle précise que le projet paritaire vise à personnaliser les routines.

« On regarde les options, par exemple, une résidente préfère faire sa sieste à telle heure, etc. (...) On doit aussi travailler la tolérance des gens. Le projet paritaire (...) va permettre de repositionner les employés selon l'intensité des soins. Il va parfois couper les équipes et faire en sorte que les employés aient moins de temps mort. Il y aura aussi l'intégration du projet lié à l'autonomie. (...) Quand il y a un changement de chefs, les souris dansent, les employés donnent des bains au lit par exemple. Ça prend une cohérence de gestion, une présence et un suivi » (observation CU 2, 10 septembre 2014; situation 8).

Dans cet extrait, on voit que la directrice partage le point de vue du membre du CU concernant les bains donnés ou non aux résidents, et qu'elle lui explique les démarches en cours pour favoriser une meilleure adaptation de ces services aux résidents.

En outre, lorsque les membres des comités s'expriment sur des situations de maltraitance lors de leurs rencontres — des situations qu'ils considèrent importantes, les représentants de la direction ou les invités qui y participent, écoutent les informations relativement à ces situations, les prennent en notes et fournissent des explications aux membres, sur ce qui aurait dû être fait ou ce qui est prévu pour éviter qu'elles perdurent ou se reproduisent. Ces personnes ne cherchent pas à contrôler les sujets discutés au sein des comités, en intervenant sur le contenu du compte rendu ou de l'ordre du jour des rencontres par exemple, ou en s'ingérant dans l'animation des réunions, dans les



discussions des comités ou dans leurs revendications. Ils ne cherchent pas à les censurer ou à les orienter (Bordeleau et Gagnon, 2013).

#### 7.6.4.1.2 Les facteurs qui limitent la prise de parole des CU

- *Le manque de temps lors des rencontres pour échanger sur les situations de maltraitance*

Comme il y a de nombreux sujets à discuter lors des rencontres des CU, les membres ont peu de temps pour informer les autres membres des situations de maltraitance qui ont été portées à leur attention, ainsi que pour échanger sur ces situations pour imaginer ou proposer des mesures ou des solutions. La coordonnatrice du CU 1 par exemple, précise effectivement qu'elle aimerait que les membres prennent plus de temps pour écouter les cas qu'elle leur rapporte, lors des rencontres, afin de décider ensemble des démarches à entreprendre pour agir et réagir aux cas (3 décembre 2014). Les propos de la présidente du CU 1 vont dans le même sens lorsqu'elle souligne, en rencontre du comité, l'importance de se baser sur les insatisfactions des usagers ou de leur famille pour établir leurs actions. Elle veut placer au début de l'ordre du jour le « rapport de la coordonnatrice ». Elle explique : « ces insatisfactions sont la base de nos actions. Les plaintes vont nous permettre de développer des actions pour améliorer les situations préjudiciables ». Elle veut donner davantage d'importance aux événements recueillis lors des activités de sensibilisation, ainsi que ceux reçus par la coordonnatrice (observation, 8 mai 2014).

Dans les trois CU, les membres sont aussi d'avis que leurs rencontres sont un peu trop longues étant donné que la capacité d'attention diminue après deux ou trois heures de réunions. La présidente du CU 2 dit ceci : « c'est difficile de faire [une] réunion, même

de deux heures, parce que le degré de fatigue est là, mais en même temps, on en aurait peut-être besoin un peu plus! » (entrevue, 5 novembre 2014). Cet extrait montre que les comités manquent de temps, lors de leurs réunions, pour « faire le tour de leur jardin ».

À ce sujet, la présidente du CU 1 mentionne :

« trois heures [de réunion], mais des fois plus, on se rendait à quatre heures facile, mais au bout de deux heures et demie, on en avait encore autant à dire. On essaie de changer la formule pour faire le tour de notre jardin, sans enlever le droit de parole à personne parce que comme comité, on est là pour régler nos problèmes, pas pour partir avec nos problèmes » (entrevue, 3 décembre 2014).

Cela montre la nécessité, pour les CU, de choisir les sujets qui méritent d'être discutés au sein des comités et de doser la durée des échanges entre les membres, ce que corrobore le président du CU 3. Il évoque qu'à la fin de chacune des réunions du CU, il y a une évaluation de fait sur son déroulement. « Les membres du comité ont mentionné que certains sujets devraient être discutés ailleurs qu'en réunion du CU et qu'il est important de doser la durée des échanges et des interventions » (observation CU 3, 10 avril 2014). Pour une résidente, qui siège au CU 2, le fait que ces réunions finissent trop tard (à 16 h 30) fait en sorte que dans le centre où elle vit : « [elle] passe en dessous de la table », c'est-à-dire qu'elle arrive au centre après que le souper ait été servi. Elle demande aux membres du comité de limiter le contenu des rencontres pour finir plus tôt et d'ajouter une rencontre dans l'année : « de toute façon, la capacité d'attention après trois heures est moins bonne » (observation CU 2, 10 septembre 2014).

- *La peur des représailles vécue par les membres des CU qui sont des proches*

La peur des représailles peut aussi être vécue par les membres des CU qui sont des proches de personnes hébergées. Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, raconte une situation :

« j'ai dit à la commissaire aux plaintes : "je ne peux pas vous dire ce que je vois parce que ça va coûter trop cher à mon mari", parce que je savais, par une autre famille (...) que la maman a eu des conséquences après qu'il y a eu vraiment processus de plainte jusqu'à la commissaire. La maman a été engueulée par la chef de service de l'époque. C'était des représailles. Ça avait fait partie de mes motivations à rester sur le comité et je l'ai dit à la commissaire, "le temps que j'étais consommatrice des services avec mon mari, je ne pouvais réellement pas vous dire comment les choses se passaient, mais maintenant qu'il est décédé, et que je pourrais être sur le CR, on va pouvoir travailler ensemble" » (entrevue, 18 décembre 2014).

Dans cet extrait, on voit que la personne membre du CU et du CR ne voulait pas, ou ne pouvait pas, porter à l'attention de la commissaire les situations de maltraitance dont elles étaient témoins dans le CHSLD, lorsqu'elle accompagnait son mari hébergé, par peur qu'il subisse des représailles. Au moment où celui-ci est décédé, elle n'avait plus à s'inquiéter ou à se soucier des conséquences qu'il aurait pu vivre, si elle dénonçait de telles situations — c'est pourquoi elle s'est engagée dans un CR.

#### *7.6.4.2 Les CU sont-ils capables de questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle?*

Les CU parviennent à obtenir des dirigeants des établissements ou de la commissaire aux plaintes, les informations nécessaires pour comprendre l'entière des problèmes, et comment ceux-ci ont été jusque-là compris et traités. Ils sont aussi capables de questionner ou de remettre en cause les réponses apportées.

##### *7.6.4.2.1 Les facteurs qui favorisent l'obtention des informations par les CU*

###### *- La présence des représentants de la direction et des invités aux rencontres*

Nous avons vu que lors des rencontres des comités, des représentants de la direction ou des invités (ex. directions, commissaire) y participent. Cela permet notamment aux membres de les informer des situations de maltraitance (celles qui leur ont été rapportées, celles dont ils ont été témoins ou celles qu'ils ont expérimentées eux-

mêmes), mais aussi de les questionner relativement à ces situations (sur leurs causes, sur les actions en œuvre ou à venir pour les corriger). Cela permet aux membres de recevoir de ces personnes les informations pertinentes pour comprendre les problèmes et comment ils ont été jusque-là compris et traités. En obtenant de telles informations, quant à la justification ou à l'explication des situations préjudiciables, les membres des comités peuvent se les approprier, y réfléchir, et les remettre en cause. À une rencontre du CU 3 par exemple, un membre dénonce une situation. Il dit : « les quarantaines sont très difficiles sur le plan psychologique, pour les résidents ». Il demande à l'adjoint à la DPPA : « pourquoi on ne peut pas intégrer le fait que le proche parent, le plus significatif pour le résident, puisse apprendre et respecter les mêmes normes que les employés afin de pouvoir continuer de visiter son parent. Cela est nécessaire pour le maintien du psychisme. C'est réellement un problème qui est sous-évalué par le CU, les CR et la direction ». L'adjoint à la DPPA lui répond : « lorsque la personne est en fin de vie, il est possible pour les proches de visiter le résident. Les personnes en quarantaine sont fragiles et vulnérables. Il faut éviter que les infections se propagent, cela se fait très rapidement ». Le membre réplique : « il faut trouver des façons d'agir, il faut voir au-delà du médical. S'il y a des normes anciennes au Québec établies depuis des années, il serait peut-être temps de voir comment il est possible de les bonifier, de les remanier pour répondre le mieux possible aux besoins des résidents » (observation, 19 février 2015; situation 24). Dans ce cas, le membre du CU questionne le représentant de la direction sur les modes de fonctionnement de l'établissement lors des quarantaines. Des modes de fonctionnement qui, selon lui, devraient être améliorés, pour favoriser le bien-être biopsychosocial des résidents et répondre à leurs besoins. Il précise l'importance de se pencher sur ces situations. L'adjoint à la DPPA lui fournit une réponse qui ne le

convainc pas, puisqu'il poursuit son argumentaire quant à la remise en cause de ces façons de faire.

- *La participation à des colloques ou à des formations*

La participation des membres des comités à des colloques ou à des formations leur permet de développer certaines connaissances, entre autres, quant aux milieux de vie, aux différentes clientèles évoluant dans les CSSS, à leurs comportements et aux interventions à privilégier. Cela permet aux membres d'être plus critiques vis-à-vis des propos des dirigeants des établissements ou de la commissaire aux plaintes lorsqu'ils tentent de justifier ou d'expliquer un problème, ou d'exposer les choix ou les décisions retenus pour la mise en œuvre des changements.

7.6.4.2.2 Les facteurs qui limitent l'obtention des informations par les CU

Au cours de notre enquête, les membres des CU n'ont pas mentionné rencontrer d'obstacles dans l'obtention des informations nécessaires, auprès des dirigeants ou de la commissaire aux plaintes, pour comprendre les problèmes et leur traitement. Ils n'ont pas, non plus, évoqué rencontrer d'obstacles ou de limites dans leurs questionnements et leur remise en cause des réponses fournies. Les dirigeants ou la commissaire, en effet, répondent généralement aux questions des comités. C'est une nécessité pour que ces derniers puissent faire leur travail. Il est toutefois difficile d'affirmer que cela se passe toujours ainsi, car les directions ou la commissaire peuvent ne pas tout dire aux comités ou les comités ne pas toujours poser de questions.

*7.6.4.3 Les CU sont-ils capables de se faire entendre, de faire voir l'importance de leurs dires et de faire changer le regard des dirigeants sur les situations portées à leur attention?*

Les membres des CU parviennent à faire voire aux dirigeants des établissements d'autres facettes des réalités vécues dans les milieux, et de ces problèmes, que celles qu'ils ont déjà. Ils arrivent également à en donner une compréhension différente.

*7.6.4.3.1 Les facteurs qui favorisent la capacité qu'ont les CU de faire changer le regard des dirigeants*

*- La présence des membres des comités dans les milieux et leurs observations*

Lors des rencontres des CU, les directions qui y participent peuvent s'exprimer sur certaines situations de maltraitance, en pensant qu'elles sont résolues. Comme les membres des comités sont présents dans les établissements et qu'ils observent ce qui s'y passe, ils peuvent confirmer ou infirmer leurs dires. Dans une rencontre du CU 2 par exemple, la directrice du programme hébergement-milieu de vie mentionne que dans certains milieux, il y avait encore des pratiques institutionnelles comme d'ouvrir les lits des résidents à 16 h 30 et y mettre les piqués. Selon elle, cette pratique a été corrigée. À ce moment, il y a un membre du CU, qui a sa mère dans un CHSLD de ce CSSS, qui dit qu'il voit encore cette pratique régulièrement. Que ça dépend des équipes en place. La directrice est étonnée et dit être contente de voir que le membre peut lui rapporter ce qu'il a vu, pour qu'elle puisse agir pour régler cette situation (observation, 10 septembre 2014; situation 16). Dans cet extrait, on voit que le membre du CU infirme les propos de la directrice en s'appuyant sur les observations qu'il a faites, en visitant sa mère hébergée. Il fait voir à la directrice une autre facette de cette réalité — le problème n'est pas résolu.

- *La sensibilité des membres à l'égard de ce que vivent les usagers ou leurs proches*

Les membres des comités, qui ont déjà accompagné un ou plusieurs de leurs proches dans le réseau sociosanitaire, pour des problèmes de santé par exemple, peuvent être plus sensibles à l'égard de ce vivent les usagers. Le président du CU 3 met en lumière cette sensibilité dans l'extrait suivant.

« J'ai rencontré les gens des CR, bien dans le temps, des comités des bénéficiaires, qui commençaient à s'appeler des CU, pour voir si je pouvais être utile ou non et si ça m'intéressait ou non. Il y avait à ce moment-là la fermeture des lits d'hébergement. Quand cela a été annoncé aux gens qui étaient sur le comité, c'était des proches des bénéficiaires, l'émotion a pogné le dessus sur n'importe quelle sorte de raisonnement, mais moi je n'étais pas pris avec cette dynamique-là. Quand le dg avait tout expliqué, ça ne passait vraiment pas, c'est comme quatre personnes sur les cinq qui devaient pleurer, c'était comme « on va aller où? », ils étaient pris émotivement. Moi j'ai repris toute l'argumentation du dg, je l'ai dit dans mes mots de père de famille d'un enfant qui est malade incurable, d'une épouse qui est décédée de cancer après trois ans de bataille, il y a des façons de dire les choses. Moi je suis partie des émotions des gens, je comprenais leurs affaires et puis je leur ai expliqué la rationalisation qui avait dans ça, puis les gens n'étaient pas mis dehors, tu sais on prendrait le temps de les... puis quand les gens sont sortis, ils étaient bien calmes. La réunion suivante, tous les répondants étaient là avec la direction générale, et le dg avait réutilisé ma façon de procéder pour..., pis il n'y a pas eu de questions, tout le monde comprenait que c'était correct qu'il fasse ça » (entrevue, 22 septembre 2014).

Dans cet extrait, le président du CU montre à la direction générale une autre façon de s'adresser aux usagers et à leurs proches pour expliquer une fermeture de services, qui respecte mieux leurs émotions et facilite leur compréhension de la situation.

- *La révélation des situations de maltraitance : un besoin d'observer ce qui se passe l'établissement pour les constater*

Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, raconte une situation :

« j'ai assisté à un incident, ou une [résidente] qui (...) s'exprime énormément (...) voulait entrer dans l'enceinte pour la messe, mais on ne lui a pas permis. Et là, elle s'est mise à crier fort. (...) La bénévoles, en ne sachant pas comment intervenir elle l'a juste mis plus loin. (...) J'en ai parlé

avec la coordonnatrice et le président du CU (...). C'était : "qu'est-ce que l'on va faire avec ces personnes qui perturbent les groupes?" (...) On cherchait le plan d'intervention (...) nous avons demandé (...) à la chef de service : "si vous pouvez nous expliquer ce qui est prévu quand il y a une personne qui a des comportements qu'on ne comprend pas". (...) Elle nous a apporté la réponse lundi, et elle a construit la réponse parce qu'elle a trouvé des réponses en faisant le processus. (...) Dans le fin fond, c'était parce que le plan d'intervention était inexistant (...). Le plan d'intervention (...) est rarissime et il faut pratiquement le solliciter pour qu'il se mette en place. (...) C'est le plan d'action qui éviterait que [la résidente] arrive à manifester son insatisfaction comme ça (...) avant qu'elle rentre en escalade, qu'est-ce qu'on a fait? Qu'est-ce que l'on a prévu? Est-ce qu'on peut lui donner un style de vie raisonnable, acceptable pour notre réseau, ou elle pourra répondre à ses besoins et qu'elle n'aura pas à se briser comme ça, devant tout le monde, pour dire qu'elle n'est pas bien (...) » (entrevue 18 décembre 2014; situation 12 du CU 3).

Dans ce cas, les membres du comité cherchent à savoir et à comprendre ce qui est prévu par l'établissement lorsqu'une résidente a un comportement perturbateur, pour prévenir, limiter ou amenuiser son insatisfaction ou son mal-être. En questionnant la chef de service, les membres du comité l'incitent à regarder, en profondeur, ce qui se passe dans l'organisation, et à constater certaines lacunes dans les plans d'intervention — à voir une facette d'un problème.

- *Le pouvoir de suggestion des membres des comités*

Dans la situation 16 du CU 1, la coordonnatrice dit ceci :

« [les CU et les CR] sont des comités consultatifs, les actions, ce n'est pas vraiment moi qui vais les réaliser, à part accompagner et assister, ce n'est pas moi qui vais prendre des actions. Par contre, je peux suggérer des choses. Suggérer que l'on soit sur tel comité pour améliorer le bien-être des usagers (...) qu'on soit présent. Comme là, on est à penser dans un [CHSLD] à l'offre d'un dépanneur, mais comment, si vous pensez le remplacer par des machines distributrices, ça serait bon que vous ayez des représentants pour parler, parce qu'il faut que les personnes en fauteuil roulant soient capables de mettre leur monnaie et de prendre les choses. C'est notre portée. Il faut que les résidents sachent comment ça fonctionne. Quand tu es en fauteuil roulant et que tu dois mettre ton 5 dollars, pour mettre l'argent, c'est super haut, donc il faut adapter cela. Rendre cela accessible » (entrevue, 3 décembre 2014).



Dans cet extrait, la coordonnatrice mentionne que les comités ont le pouvoir d'émettre des suggestions aux dirigeants, concernant les changements en œuvre dans les établissements (pour corriger les situations de maltraitance notamment), pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins et aux intérêts des usagers. Ils font alors voir aux dirigeants une autre facette des problèmes et des solutions, soit celle des intérêts et des besoins des usagers. Cela permet aux directions de mieux connaître les résidents et d'adapter les services et leur fonctionnement à leurs besoins.

#### 7.4.6.3.2 Les facteurs qui limitent la capacité qu'ont les CU de faire changer le regard des dirigeants

Au cours de notre enquête, les membres des CU n'ont pas mentionné rencontrer de limites ou de difficultés pour se faire entendre des dirigeants des établissements, pour faire voir l'importance de leurs dires et pour faire changer leur regard sur les situations portées à leur attention. Ils arrivent effectivement à leur faire voir d'autres facettes des réalités vécues dans les milieux, et de ces problèmes, et d'en donner une compréhension différente que celle qu'ils ont déjà.

Nous avons vu, par exemple, que lorsque les membres des comités portent à l'attention de la direction les situations de maltraitance, il arrive que cette dernière soit surprise par ces révélations, par la facette de la réalité dénoncée — par le problème, sa gravité ou sa fréquence. Elle peut nier le problème et penser que les faits relatés par les comités sont amplifiés. Pour s'en assurer, elle peut procéder à une enquête dans le milieu. C'est à ce moment qu'elle constate et reconnaît le problème, et prend conscience de la vérité des éléments rapportés par les comités — elle accepte alors leur vision du problème, elle change son regard (situation 2 du CU 3).

#### 7.6.4.4 Les CU sont-ils capables d'influencer le cours des choses?

Les comités sont capables d'influencer le cours des choses puisque, généralement, leurs demandes sont prises en compte ou satisfaites par les établissements. Nous avons vu que les CU portent à l'attention de la direction ou de la commissaire aux plaintes des situations de maltraitance, qui révèlent deux ensembles d'insatisfactions.

Le premier a trait aux situations de maltraitance « collectives », qui traduisent des *problèmes plus structureaux* dans l'organisation, comme un manque de ressources financières, un manque de personnel, des procédures ou des règlements inadéquats ou inadaptés dans les établissements, des problèmes de structures ou d'accessibilité au CSSS. Pour cet ensemble d'insatisfaction, les CU proposent des changements ayant trait à l'organisation du travail, à l'affectation de ressources ou à des changements structurels.

Dans cette étude, nous avons constaté que les CU réussissent à obtenir des changements *structurels* dans les établissements, qui pourraient être qualifiés de mineurs, c'est-à-dire qui ne demandent pas beaucoup d'investissements (d'argent), et qui sont faciles à réaliser. Par exemple, un tel changement se produit dans la situation 6 du CU 2, qui a trait aux chambres à deux lits dans les CHSLD, qui empêchent les résidents de mourir en toute intimité. Dans le rapport annuel 2013-2014 du CU 2, il était écrit ceci :

« voici l'état des résultats des démarches de la commissaire : six à neuf places supplémentaires ont été rendues disponibles à raison d'un, voire même deux lits par unité; mise en place d'un mécanisme de communication quotidien afin de s'assurer que l'établissement utilise de façon optimale les lits dédiés ou réservés pour les personnes en situation de fin de vie; engagement de la directrice générale adjointe à rédiger et s'assurer de l'application d'une procédure interne concernant ce mécanisme de communication quotidien ».

Dans cet extrait, on voit que la dénonciation de la situation par les membres du CU 2, à la commissaire aux plaintes, a permis à l'établissement de déployer des moyens concrets, qui ne demandent pas beaucoup de moyens financiers, pour maximiser les pratiques en matière de soins de fin de vie.

Les CU ont toutefois plus de difficultés à obtenir des changements structurels qui exigent des investissements. Dans la situation 23 du CU 1 par exemple, qui concerne la pente prononcée à l'arrière d'un CHSLD, qui empêche les résidents en fauteuil roulant de sortir librement, un membre du CU 1, qui siège aussi à un CR, mentionne ceci : « le CR en a parlé aux directions et leur a proposé de mettre un ascenseur sécurisé, mais la réponse fut que cela engendre des investissements » (observation, 27 mars 2014).

Les CU parviennent aussi à obtenir certains changements quant à *l'organisation du travail*, pour pallier au manque de ressources financières. Il s'agit en fait de changements quant aux façons d'annoncer aux usagers un arrêt de service, ainsi que dans la façon « d'arrêter un tel service », afin de s'assurer de prendre en compte les besoins et les intérêts des usagers. C'est ce qui se produit dans la situation 6 du CU 3, qui a trait à l'arrêt du service de transport pour les cliniques de jours pour les personnes en perte d'autonomie. Le président du CU prend position au CA pour dénoncer des « façons inadéquates de faire » des membres du conseil, en ce qui a trait à l'arrêt du service de transport. En mettant de l'avant les besoins et les intérêts des usagers, et en proposant des moyens pour amenuiser la gravité de la situation (ex. en préparant notamment les gens, en les avertissant d'avance de la coupure du service), il réussit à influencer le cours des choses, puisque le service n'a pas été retiré du jour au lendemain, mais bien à la suite d'un certain délai. Dans une vague ultérieure de coupes budgétaires,

les membres du CA ont aussi averti longtemps d'avance les usagers, avant d'arrêter à nouveau, un tel service.

Les CU parviennent aussi à obtenir des changements ou des actions dans *l'organisation du travail*, pour pallier aux procédures ou aux règlements inadéquats ou inadaptés dans les établissements. Cela se produit dans les quatre situations suivantes.

Le premier exemple est la situation 13 du CU 1, qui a trait aux procédures relatives aux vêtements et aux culottes souillés des résidents. La coordonnatrice explique :

« on a rencontré les chefs de programmes. (...) il y a eu des mémos écrits distribués aux membres du personnel [disant de rincer les vêtements à retourner aux familles pour le lavage]. (...) là ils sont en train de revoir la procédure [pour les vêtements souillés des résidents], même pour les culottes souillées, [les membres du personnel] laissaient ça dans les corridors, je sais que ce n'est pas la même chose, mais c'était relié aux odeurs qui circulaient dans les corridors. [Les directions] ont acheté des nouveaux chariots, les couches sont mises dedans » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans cet extrait, on voit que la dénonciation de la situation par les membres du CU et des CR, aux membres de la direction, a fait en sorte que des actions ont été mises en œuvre afin de revoir les procédures inadéquates en matière de vêtements et de culottes souillées des résidents, pour éviter que des mauvaises odeurs circulent encore sur les unités des CHSLD, et que des membres de famille lavent les vêtements de leurs proches contenant des excréments.

Le deuxième exemple est la situation 25 du CU 1, qui concerne les procédures d'affichages des prix pour le service de coiffure dans un CHSLD. La coordonnatrice mentionne ceci :

« nous en avons parlé au chef de programme et elle a pris action tout de suite. (...) Elle en a parlé au directeur de l'hébergement et ce qui va arriver (...) c'est qu'il va y avoir une autre coiffeuse qui va venir aussi, mais les

prix doivent être affichés clairement. [La coiffeuse] les avait affichés, mais c'était tout petit et très caché. La chef de programme était aussi pour vérifier les différentes factures des résidents parce que c'est son agente administrative qui fait la comptabilité de ça, pour les prendre dans les comptes qui sont autorisés. Alors elle était pour voir la fluctuation des prix. C'est pris très au sérieux, c'est analysé et il y a des mesures qui sont prises » (entrevue, 26 mars 2015; situation 25).

Dans cet extrait, la dénonciation de la situation de maltraitance financière par les membres du CR a fait en sorte que la chef de programme et le directeur de l'hébergement ont fait des démarches pour encadrer les procédures d'affichages des prix reliés au service de coiffure, ainsi que pour vérifier les prix qui ont été chargés aux résidents.

Le troisième exemple est la situation 2 du CU 3, qui concerne les délais trop longs de réponse aux besoins d'élimination des résidents. Le président du CU dit ceci :

« on l'a présenté à la direction [le dossier écrit de la situation contenant des faits], puis on a demandé d'avoir un plan d'action pour corriger, pour voir comment ils réagissaient et à quoi ils s'attendaient de faire. Ça a pris un petit peu de temps, mais c'est correct dans la façon, on ne part pas en peur, puis on essaie de trouver des solutions. Il y a plein de solutions qui ont été trouvées. Je dirais que ça s'est amélioré de 80 % parce que dans les années suivantes, on a suivi ça, ça remonte à quatre ou cinq ans, ils ont découvert que le personnel qui avait du fun, qui riait et qui se racontait des affaires sur l'étage, c'est une des personnes qui étaient en pause ou en heure de repas. Elle mangeait avec une de ces copines qui étaient en heure de travail. Mais quand tu es sur le travail, puis que tu es distraite par ça, bien c'est humain, je veux entendre comment sa fin de semaine s'est passée, les plaisirs ou les joies de son chum, pleins d'affaires. Alors une des directives, c'est que vous avez un local pour manger, vous devez manger en bas, manger au local. On ne mange plus au poste » (entrevue, 22 septembre 2014).

Dans une autre entrevue, le président ajoute : « il y a des politiques qui ont été ravivées, nettoyées ou remises en place notamment en fonction des pauses des employés, tu ne les prends pas sur l'étage » (19 mars 2015). Dans ces extraits, on voit que la dénonciation de la situation par le CU et les CR a fait en sorte que des membres de la direction ont

regarder attentivement ce qui se passait dans leur organisation pour découvrir la cause du problème, et qu'ils ont ensuite pu mettre en place des directives concernant les endroits où les membres du personnel doivent prendre leurs pauses (ex. pour manger).

Enfin, le quatrième exemple est la situation 3 du CU 1, qui concerne l'oubli de remettre le coussin sur un fauteuil roulant après qu'il ait été lavé. La coordonnatrice du CU raconte :

« c'est la famille qui a fait le lien avec le CR. Sur ce dossier, il y a eu des sanctions de prises. Il y a aussi eu des recommandations à savoir des rappels de fait aux préposés, qui lavent les fauteuils roulants et ce qu'il pourrait y avoir comme solution de rechange si le coussin est mouillé » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans cet extrait, la dénonciation de la situation par le CR, à la direction, a engendré que des rappels ont été faits aux préposés, et qu'une réflexion s'est amorcée quant aux solutions à mettre en œuvre, dans une telle situation, pour éviter qu'elle se reproduise.

Les CU parviennent aussi à obtenir des changements quant à *l'affectation de ressources*, pour pallier au manque de personnel. Dans la situation 5 du CU 3 par exemple, qui concerne la difficulté l'été que tous les résidents aient leur bain par manque de personnel, le président du CU explique ceci :

« [l'été] tous les bains [des résidents] n'étaient pas donnés [par manque de personnel]. (...) Nous l'avons su par le président du CR. Lui, son épouse était là [au CHSLD], et c'était un monsieur qui était très présent. (...) [Les représentations] ont été faites dans le rapport annuel du CU. On avait spécifié que nous voulions plus de personnel (...) l'été. (...) c'est même allé jusqu'au CA. (...) Je sais qu'il y a eu des démarches au centre de formation, où les préposées suivent leur formation, pour avoir plus de monde. Il y a eu une cohorte ou deux de plus, puis c'est sur trois ans que ça s'est résorbé » (entrevue, 19 mars 2015).

Dans cet extrait, on voit que les recommandations du CU et du CR ont été prises en compte par la direction, puisque des démarches ont été faites au centre de formation où les préposés suivent leurs cours, afin de combler le manque de personnel.

Le deuxième ensemble d'insatisfactions soumises à la direction, par les CU, a trait aux situations de maltraitance « individuelles », qui traduisent *des comportements inadéquats des membres du personnel ou des résidents*, telle de la violence ou de la négligence. Pour cet ensemble d'insatisfactions, les mesures ou les solutions proposées par les membres ont trait, entre autres, à des changements dans *les façons d'être* des membres du personnel.

Les CU parviennent à obtenir des actions de la direction ou de la commissaire aux plaintes, pour améliorer ces façons d'être des membres du personnel (politesse, empathie). Cela se produit dans les deux situations suivantes.

Le premier exemple est la situation 27 du CU 1, qui concerne le commentaire désobligeant de la caissière de la cafétéria à l'égard de l'accompagnateur âgé d'une usagère. La coordonnatrice raconte :

« moi, je connais bien la chef du service alimentaire, l'équipe au CHR, j'ai tout de suite communiqué avec eux. Ce qui est malheureux, c'est qu'il [l'accompagnateur âgé] n'avait pas le nom de la caissière. On sait le jour, on est en train de faire des recherches et il y aura une petite formation de données aux travailleurs de la cafétéria. Une formation sur comment accueillir les gens, l'empathie, les relations interpersonnelles. Comme disait la commissaire, "on est tous des êtres humains!" Le monsieur nous a téléphoné et c'est par le dépliant qu'il a eu notre numéro au CU » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans cet extrait, la dénonciation de la situation par la coordonnatrice, aux directions concernées et à la commissaire aux plaintes, fait en sorte qu'une formation sera donnée

aux travailleurs de la cafétéria, sur l'empathie et les relations interpersonnelles notamment.

Le deuxième exemple est la situation 1 du CU 1. La coordonnatrice mentionne ceci :

« il y a eu (...) beaucoup de cas d'âgisme qui nous ont été rapportés (...). J'ai une [résidente] (...) très susceptible à ça. Donc elle est venue me voir et elle m'a dit : "c'est toujours les mêmes personnes qui font ça. Moi je n'aime pas ça. (...) Peux-tu voir?" Évidemment, dans ce centre, il y a eu un rappel de fait. On ne tutoie pas, ce n'est pas ma belle, ce n'est pas ma beauté, c'est Mme et M. (...) donc ça, ça l'a été corrigé, aussi il y a des rappels qui ont été faits à ce niveau » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans ce cas, la dénonciation de la situation par la coordonnatrice, à la direction, a fait en sorte que des rappels ont été faits aux employés quant aux façons adéquates de s'adresser aux résidents des CHSLD.

Les CU parviennent aussi à obtenir des actions de la direction visant à *hausser le niveau de vigilance* des membres du personnel au moment d'intervenir auprès des usagers.

Dans la situation 9 du CU 1 par exemple, qui concerne une préposée aux bénéficiaires qui ne donne pas d'insuline à un résident diabétique parce qu'il ne portait pas son bracelet, la coordonnatrice dit ceci :

« dans ce centre, ça l'a été rapporté, moi je le dis quand même au CU, mais ça l'a été rapporté dans un CR. Nous en avons parlé au chef de programmes, il y a des rappels qui ont été faits [pour que les préposées prennent le temps de bien regarder quels résidents doivent recevoir de l'insuline au moment des repas] » (entrevue, 3 décembre 2014).

Les CU réussissent aussi à obtenir des *changements matériels ou techniques* pour contrer les comportements inadéquats des résidents. Dans la situation 7 du CU par exemple, qui concerne un résident qui s'introduit dans la chambre de sa voisine résidente pour y commettre des attouchements sexuels non consentis. La coordonnatrice mentionne ceci :



« on a rencontré le chef de programme, avec le département des incendies. Nous avons étudié le cas et la toilette a été barrée, pour ne plus que le monsieur entre dans la chambre de la dame. Elle a accepté qu'il y ait une demi-porte quand elle est dans la chambre pour ne pas qu'il entre » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans cet extrait, on voit que le changement, pour éviter que la situation se reproduise, a été de barrer la porte de la toilette communicante entre les deux chambres des résidents, et de mettre une demi-porte à l'entrée de la chambre de la résidente, pour empêcher le résident maltraitant d'y entrer. Donc, d'adapter l'environnement physique.

*Sur quelles bases les CU jugent que les problèmes sont réglés? Les effets des actions des comités.*

Généralement, les situations de maltraitance soumises à la direction ou à la commissaire aux plaintes, par les CU, ont un dénouement positif, c'est-à-dire que leurs demandes sont prises en compte ou satisfaites par l'établissement, et que les problèmes se « règlent ».

Une situation de maltraitance est considérée comme étant réglée, par les CU, lorsque les usagers ou les membres de famille insatisfaits trouvent « satisfaction ».

Dans les situations « individuelles », cela se produit lorsque la commissaire donne raison à l'usager, à la suite d'une plainte, et que des mesures sont mises en œuvre dans le milieu pour corriger la situation — l'usager y trouve satisfaction. Dans la situation 2 du CU 1 par exemple, qui concerne le refus à la volonté d'une résidente de recevoir son bain par une préposée femme, la coordonnatrice dit ceci :

« une fois que la plainte est déposée (...) comme la plainte était par écrit, [la commissaire] va répondre par écrit à la dame. Cette dame a eu gain de cause. Il y a eu une note au dossier du préposé. (...) je fais des suivis tous les mois, c'est-à-dire que je rappelle les gens qui ont porté plainte. Je leur demande comment va la progression de leur plainte, s'ils ont trouvé satisfaction et tout ça. Donc, c'est comme ça que je l'ai su [que la dame a eu

gain de cause]. La dame serait comme correcte, à cause de la note à son dossier (...) il est clos. (...) cela a pris (...) un bon deux mois entre le temps que la dame m'en parle, que la plainte soit déposée, que le tout soit réglé » (entrevue, 3 décembre 2014; situation 2).

Dans ce cas, la résidente a déposé une plainte par écrit à la commissaire, en étant accompagnée de la coordonnatrice du CU. La commissaire a donné raison à la résidente. Une note a été inscrite à son dossier, ainsi qu'à celui du préposé. Cette note indique que s'il n'y a pas de préposée femme pour lui donner son bain, la résidente le refuse tout simplement. Cela a « réglé » le problème, la résidente a trouvé satisfaction.

La commissaire peut aussi émettre des recommandations qui « satisfont » les usagers ou leurs proches. Dans la situation 6 du CU 1 par exemple, la coordonnatrice mentionne ceci :

« par rapport au cas où il y a eu la c difficile, où ça avait pris une heure avant que l'on vienne changer [la résidente] (...) il y avait une plainte qui avait été déposée par la famille (...). J'ai rappelé la famille et elle est satisfaite des recommandations de la commissaire. (...) La situation est (...) réglée et de façon satisfaisante pour la famille » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans cet extrait, on voit que les recommandations émises par la commissaire ont contribué à « régler » la situation de façon satisfaisante pour la famille.

Une situation de maltraitance « individuelle » est aussi considérée comme étant réglée par les CU, lorsqu'une fois qu'ils ont informé la direction du problème, des mesures ont été mises en œuvre pour le corriger, et qu'à la suite de ces mesures, la situation ne peut plus se produire. Dans la situation 7 du CU 1 par exemple, qui concerne l'intrusion d'un résident dans la chambre de sa voisine résidente par la toilette communicante, la coordonnatrice énonce :

« la situation s'est réglée aussi. Le monsieur ne peut plus entrer dans cette chambre, de toute façon il ne pouvait pas se servir de la salle de bain. C'est

verrouillé de ce côté, alors il ne peut plus entrer dans la chambre de la dame. (...) Les chefs de programmes ont pris la situation très à cœur et ils sont intervenus assez rapidement » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans cet extrait, on voit qu'à la suite de la dénonciation de la situation par la coordonnatrice, les chefs de programmes sont intervenus afin de verrouiller la porte de la toilette communicante, entre les chambres des deux résidents. Cette situation ne peut plus se produire, puisque le résident maltraitant ne peut plus entrer dans la chambre de la résidente. Cela a « réglé » le problème.

Pour la présidente du CU 2, les situations de maltraitance « individuelles » et « collectives » sont aussi considérées comme étant réglées, lorsqu'une fois que les directions en ont été informées, elles ont mis en œuvre des mesures pour les corriger, et qu'à la suite de ces mesures, on en entend plus parler dans les milieux. Cela a été nommé dans les deux situations suivantes.

La première situation est la 11 du CU 2, qui concerne un résident trisomique « dérangeant ». La présidente dit ceci :

« j'ai eu un suivi du chef d'unité, ils ont réévalué la personne, ils ont mis en place des mesures pour l'aider davantage parce que des fois un trisomique, ça s'énervé, ça dérange et il panique. Ils ont essayé de faire en sorte de créer un milieu plus, ils l'ont sécurisé. C'était quelqu'un qui venait d'arriver, le temps que ça se place puis tout ça. Des fois il vérifie avec le médecin, il y a une médication appropriée à donner parce qu'il est souffrant ou quelque chose. En tout cas, ils ont vérifié toutes les choses et là, la situation est réglée. On en entend plus parler, il ne doit pas déranger tant que ça » (observation, 18 février 2015).

Dans ce cas, on voit qu'à la suite de la dénonciation du comportement dérangeant du résident trisomique, par la présidente du CU 2 notamment, les directions concernées ont mis en place des mesures pour le calmer et le sécuriser. Pour la présidente du CU 2, la situation est « réglée » puisqu'on en entend plus parler dans le milieu, c'est-à-dire que

les autres résidents ne s'en plaignent plus. Ces propos invitent à se questionner à savoir s'il s'agit d'un bon critère pour considérer une situation comme étant « réglée ». La présidente ne précise pas s'il y a eu un suivi pour vérifier que le problème est bien corrigé.

La deuxième situation est la 16 du CU 2, qui concerne l'ouverture des lits des résidents à 16 h 30 par les membres du personnel, et la mise en place des piqués. La présidente raconte :

« il y en a [des membres du personnel] qui le font encore, puis [la directrice du programme hébergement milieu de vie] essaie de défaire cette chose-là. Ce qui reste, si la personne demande à ce que son lit soit ouvert tôt, le lit est ouvert tôt, mais en principe c'est non. Ça, ça fait partie des plans et de la réorganisation du travail. Ce n'est pas vrai que tu prends de l'avance sur ton temps du soir. [Je n'ai pas eu d'autres demandes à ce sujet au CU]. Ça s'est réglé et je n'en ai pas réentendu parler » (entrevue, 18 février 2015).

Dans ce cas, on voit que la dénonciation de la situation par un membre du CU, à la directrice, a fait en sorte que cette dernière a mis en œuvre des actions concernant la réorganisation du travail, pour corriger, entre autres, cette situation. Pour la présidente du CU 2, ces plans de réorganisation ont contribué à régler le problème puisqu'elle n'en a pas réentendu parler — il n'y a pas eu d'autres demandes à ce sujet au CU. Comme dans la situation précédente, on peut, ici aussi, se demander s'il s'agit d'un bon critère pour considérer la situation comme étant « réglée », et s'il y a eu un suivi pour affirmer que le problème est bien corrigé; ce qu'elle n'a pas précisé.

Les CU considèrent aussi que les situations de maltraitance « collectives » se règlent lorsqu'elles « s'améliorent » selon les usagers ou les membres de famille, à la suite des mesures mises en œuvre, par les autorités concernées. Cela a été mentionné dans les deux situations suivantes.

La première situation est la 13 du CU 1, qui concerne les vêtements des résidents retournés aux familles sans être rincés (avec des selles dedans) et les odeurs sur les unités. La coordonnatrice du CU mentionne ceci :

« [les directions] ont acheté des nouveaux chariots, les couches sont mises dedans et pour le linge souillé [des mémos ont été distribués aux membres du personnel], il y a eu une amélioration selon les familles au centre. Le linge est mieux rincé et on ne retrouve plus jusqu'à maintenant de selles pas nettoyées. (...) » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans cet extrait, on voit que la dénonciation de la situation par le CU et les CR, aux directions concernées, a contribué à ce que des mesures soient mises en œuvre dans le milieu pour corriger la situation (achat d'équipement et directives aux employés). Ces mesures ont contribué à régler le problème — les familles ont constaté une amélioration dans les façons de faire de l'établissement, le problème ne se répète plus.

La deuxième situation est la 8 du CU 2, qui concerne les bains qui ne sont pas donnés aux résidents. La présidente du CU dit ceci :

« dans le cadre du projet paritaire, ils ont réévalué chacun des résidents, il veut se lever à quelle heure, il veut se coucher à quelle heure, il veut manger à quelle heure, quand il préfère avoir son bain... Pour ceux qui ne peuvent pas répondre, ils ont vu avec la famille, c'est quoi les habitudes et tout ça, et ils ont réorganisé le travail, ce qui fait qu'il y a des heures décalées pour le personnel (...). Mais cela a fait en sorte que les gens sont mieux cédulés, cela a réglé le problème. (...) par le dernier sondage de l'agrément (...) on entend [que] les bains sont plus donnés » (entrevue, 18 février 2015).

Dans ce cas, comme la présidente du CU 2 entend que « les bains sont plus donnés », par le dernier sondage de l'agrément, en raison des nombreux changements de réorganisation du travail effectués dans le cadre du projet paritaire, elle est d'avis que le problème est réglé puisque la situation s'est améliorée.

Lorsque les demandes des CU sont satisfaites par les établissements, que les situations de maltraitance « se règlent », cela a des effets positifs sur les usagers ou les membres de famille. Dans les situations de maltraitance « individuelles » par exemple, les usagers ou les membres de famille sont « heureux ». Cela a été nommé par la coordonnatrice du CU 1, dans les deux situations suivantes.

La première situation est la 4 du CU 1, qui concerne le refus de changer la culotte d'une résidente parce que l'urine n'a pas atteint la petite ligne bleue. La coordonnatrice dit ceci :

« [la résidente] est tellement heureuse, de savoir que ce cas-là a été pris en note pis que l'on a fait du travail là-dessus, elle est vraiment très très satisfaite. Elle dit "vous avez mis un soleil dans ma journée". Ce n'est pas grand-chose, mais pour elle, pour moi c'était aussi de la maltraitance » (entrevue, 3 décembre 2014).

La deuxième situation est la 26 du CU 1, qui concerne l'usager âgé considéré violent par une travailleuse sociale. La coordonnatrice du CU raconte :

« le beau-fils m'appelle. (...). Qu'est-ce que l'on peut faire? Quels sont nos recours? (...) j'ai dit que notre recours, c'est de parler au médecin traitant, il le voit votre beau-père, il voit comment il est, je le voyais aussi à l'hôpital, il était bien normal. (...) il a rencontré le médecin et lui a demandé une évaluation, mais d'une autre travailleuse sociale. On a obtenu cette deuxième évaluation qui disait que le monsieur avec la médication qu'il avait n'avait aucun trouble de violence. Il a pu avoir une résidence intermédiaire, qui n'est pas celle qu'il avait trouvée au départ parce qu'évidemment, ils sont restés sur la première impression. Mais c'est quand même une résidence près de chez sa fille et de son beau-fils et le monsieur, parce que j'ai eu des nouvelles, est très heureux, le papa, dans sa nouvelle résidence, il se plaît beaucoup là-bas. Tout est en ordre et la famille évidemment est heureuse du dénouement de tout ça » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans les situations de maltraitance « collectives », c'est l'amélioration de la qualité de vie des usagers qui est nommée par la présidente du CU 2, ainsi que le sentiment d'être

rassurés. Dans la situation 5 du CU 2 par exemple, qui a trait aux plaintes en rapport avec l'alimentation, elle mentionne ceci :

« le programme sur l'alimentation a permis d'améliorer la qualité de vie des résidents. (...) L'établissement a reçu des insatisfactions à ce sujet. (...) Le CU a beaucoup poussé pour la mise en place de l'approche milieu de vie, pour que cela se réalise et se concrétise. (...) Le programme de l'alimentation, toutes ces choses-là, tout ce qu'on a défendu comme droit, ben c'est une amélioration. On voit l'effet positif sur les résidents. Le droit de choisir, le droit de dire oui ou non. Quand les gens s'en rendent compte, ils sont rassurés » (entrevue, 5 novembre 2014).

#### 7.6.4.4.1 Les facteurs qui aident les CU à influencer le cours des choses

- *Les relations qu'entretiennent les CU avec les représentants de la direction, les directions et la commissaire aux plaintes*

Pour pouvoir influencer le cours des choses dans les établissements, les CU entretiennent des relations avec les représentants de la direction, les directions et la commissaire. Ces relations se construisent notamment au moment des rencontres des CU et des CR. Les membres des comités les informent des insatisfactions des usagers et de leurs proches, et les représentants de la direction, les directions ou la commissaire répondent à leurs questions, donnent de l'information et font le suivi des changements demandés. Par exemple, un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit ceci :

« [La chef de service], on la demande systématiquement [au CR], pour toute la durée de la rencontre, parce que l'on veut travailler avec franchise, transparence. On veut qu'elle voit comment nos membres du CR perçoivent de loin ce qui leur semble étrange, détonner, parce qu'elle, elle peut corriger le tir souvent très rapidement. C'est pour rester attaché. Avec celle qu'on a actuellement, l'alliance elle est là. Alors, ça se passe bien » (entrevue, 18 décembre 2014, CU 3).

Les relations qu'entretiennent les comités avec les représentants de la direction, les directions ou la commissaire se développent aussi en dehors des rencontres, par divers contacts, entre autres, lorsqu'ils développent des projets communs (ex. un sondage sur la

satisfaction de la clientèle) ou lorsqu'ils transfèrent des dossiers d'insatisfactions ou de plaintes des usagers ou de leurs proches à la commissaire ou aux directions concernées.

Pour le président CU 3, la relation qu'entretient le CU avec la direction est bonne. Il mentionne : « je considère que le comité on est assez en bonne relation avec la direction, et en confiance mutuelle » (entrevue, 22 septembre 2014).

- *La confiance, la crédibilité et la collaboration*

Les relations qu'entretiennent les comités avec les représentants de la direction, les directions ou la commissaire doivent reposer sur de la confiance et de la crédibilité. Cela est nécessaire pour que les membres puissent influencer le cours de choses dans les milieux, c'est-à-dire que leurs demandes soient prises en compte ou satisfaites par les établissements. Le président du CU 3 dit ceci :

« je suis libre d'agir dans le sens que je peux présenter les choses de cette façon-là, de cette façon-là, ou de cette façon-là. Pour aborder les problèmes, je vais décider les choses, mais ça sera toujours en fonction de l'influence, je n'ai aucun pouvoir par rapport à la direction, sauf la crédibilité, le professionnalisme. Il s'agit d'un pouvoir d'information, de prévention. Il faut avoir une crédibilité. C'est sûr que si l'on met quelqu'un à la tête du CU, qui est très spontanée, pis qui le laisse transparaître, pis quand il entend quelque chose qui ne fait pas son affaire, il est porté à sauter sur la chaise, il se met dans des situations plus difficiles. Même si c'est fondé sur quelque chose, si c'est quelqu'un qui fait des *sparages* (...) ce n'est pas de même que ça se fait » (entrevue, 22 septembre 2014).

Dans cet extrait, le président du CU met en évidence le besoin, pour les membres des comités, d'être crédible aux yeux de la direction au moment de dénoncer un problème, pour l'influencer dans la prise en compte du problème, et la mise en œuvre des changements. Cette crédibilité s'obtient lorsque les membres soumettent à la direction un problème fondé (documenté, basé sur des faits), de manière respectueuse — à



l'inverse de l'exemple nommé dans l'extrait ci-dessus : le président du CR qui saute sur sa chaise et qui fait des *sparages*.

Il est aussi important que la crédibilité des comités soit reconnue. Un membre du CU 3 énonce effectivement ceci : « il faut croire qu'on a un certain rôle à jouer [en tant que comité], mais il faut qu'il soit aussi reconnu notre rôle. (...) » (entrevue, 18 septembre 2014). Cet extrait montre l'importance, pour les représentants de la direction, les directions ou la commissaire, de reconnaître le rôle des CU et des CR dans les milieux — en prenant le temps d'écouter leurs demandes par exemple et en les considérant.

La crédibilité favorise une bonne collaboration. La coordonnatrice du CU 1 précise ceci :

« habituellement, je vais être très honnête, c'est sûr qu'il y a beaucoup de petites situations (...), mais autant avec (...) notre agente de liaison, qu'avec le directeur de l'hébergement ou les chefs de programmes dans chacun des centres, on a une très, très belle collaboration. Quand on leur rapporte quelque chose, ils prennent des actions rapidement » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans cet extrait, on voit que pour la coordonnatrice, une bonne collaboration se révèle dans le fait qu'au moment où les membres des comités portent à l'attention des directions les situations de maltraitance, ces dernières les prennent en compte et mettent en œuvre des actions rapidement.

Une bonne collaboration, pour la présidente du CU 2, permet de faire avancer les choses. Elle mentionne : « on a réussi à aller chercher la collaboration de tout le monde, et tout le monde est intéressé à travailler de cette façon-là parce que c'est comme ça que nous faisons avancer les choses » (entrevue, 5 novembre 2014; situation 5).

#### 7.6.4.4.2 Les facteurs qui limitent les CU à influencer le cours des choses

- *Le manque de pouvoir pour mettre en œuvre les mesures pour corriger les situations de maltraitance*

Un membre du CU 3, qui siège également à un CR, énonce ceci :

« [les membres des comités, on a] seulement un pouvoir de dénonciation. [Une fois que cela est fait, il importe] que des mesures [soient] prises pour ne pas que ça se reproduise. [Sinon] on est très inquiet » (entrevue, 18 décembre 2014).

Dans cet extrait, le membre du CU met en évidence le fait que les membres des comités ont seulement un pouvoir de dénonciation des situations de maltraitance aux autorités concernées. Une fois que cela est fait, les mesures mises en œuvre pour éviter que de telles situations se reproduisent vont dépendre des choix et des décisions des autorités. Cette incertitude, à savoir si des mesures vont bel et bien être prises, peut rendre inquiets et frustrer les membres des comités, qui sont notamment des proches de personnes hébergées. Dans l'extrait ci-dessus, le membre du CU fait référence à une situation de maltraitance vécue par son père hébergé — une infirmière le forçait à ouvrir la bouche pour qu'il prenne ses médicaments (situation 22).

- *Les défis de la collaboration*

Le président du CU 3 dit ceci :

« je souhaite, au niveau provincial, que les directions et les comités collaborent plus entre eux autres, qu'ils soient des partenaires, que la direction se fasse challenger, mais par influence, pas nécessairement par contraintes. Puis, il y a des CU qui ne sont pas habiles à présenter. Je pense que le RPCU doit travailler à développer une habileté chez les gens. Il y a aussi des individus, autant masculins que féminins [agressifs ou impulsifs], qui ne doivent pas être sur un CU ou de résidents. (...) Il y a des directions qui sont craintives de se faire critiquer, qui n'aiment pas ça. Je pense [qu'elles doivent apprendre à se bâtir] une carapace un peu plus forte pour accepter ces coups de grafignes là des fois [pour accepter ou prendre les critiques]. C'est des choses à travailler » (entrevue, 22 septembre 2014).

Dans cet extrait, le président du CU mentionne qu'une des améliorations à mettre en œuvre pour faciliter le travail de défense des droits des comités est d'augmenter la collaboration entre les comités et les directions. Le président souhaite que cela se produise au plan provincial puisque dans son propre comité, il considère être en assez bonne relation avec la direction. Selon le président, l'augmentation de la collaboration souhaitée serait possible, d'une part, si les membres des comités étaient formés, par le RPCU notamment, pour développer des habiletés pour présenter ou dénoncer les situations de maltraitance aux autorités concernées (des situations fondées), de façon respectueuse, de manière à influencer les mesures à mettre en place. D'autres parts, cela serait possible si les directions acceptaient (ou étaient ouvertes) à ce que les membres des comités critiquent l'organisation, et considèrent ces critiques comme étant constructives pour améliorer les choses. Que les directions soient ouvertes à entendre les préoccupations des usagers, qui peuvent remettre en question les modes de gestion ou de fonctionnement des établissements ou les pratiques.

- *La récurrence des situations de maltraitance ou des problèmes en raison de facteurs individuels ou organisationnels*

La coordonnatrice du CU 1 mentionne ceci :

« c'est sûr qu'il y a des sujets, c'est plate, mais ils seront toujours récurrents, comme l'alimentation. Il y en a qui ne seront jamais satisfaits du menu proposé, ou c'est chaud ou pas assez. Il y a des sujets qui reviennent fréquemment et on le sait que nous devons travailler là-dessus fort, faire des rappels. Je pense que ça va être notre cheval de bataille tout le temps » (entrevue, 3 décembre 2014).

Dans cet extrait, la coordonnatrice met en lumière la récurrence de certains problèmes, dont ceux qui ont trait aux repas des résidents (des repas qui se doivent de respecter les

goûts des personnes), en raison de la multitude de préférences individuelles, dans un milieu de vie collectif. Il est difficile de satisfaire tous les résidents en même temps.

De son côté, la présidente du CU 2 mentionne :

« c'est sûr qu'il peut arriver des fois où il y a un nœud (...) s'il manque de personnel une journée, par exemple s'il y a une tempête, où il y en a deux [employés] qui ne sont pas rentrés, je peux tu te dire que les bains cette journée-là, ont prit le bord, on y va sur l'urgence en premier, parce qu'il y a des journées où tu ne réussis pas à faire rentrer du monde » (entrevue, 18 février 2015; situation 8).

Dans cet extrait, la présidente met en évidence que les situations de négligences envers les résidents, dont celles ayant trait au fait de ne pas leur donner leur bain, peuvent se répéter en raison d'un manque de personnel.

Dans la situation 6 du CU 2, qui a trait aux chambres à deux lits dans un CHSLD qui empêchent les résidents de vivre leur fin de vie en toute intimité, le CU a écrit une lettre à la commissaire aux plaintes pour dénoncer la situation. Cette dernière leur a répondu que les infirmeries devaient être préservées (ou libres) pour accueillir ces résidents. Le trésorier du CU dit toutefois :

« ce que je constate, c'est que ce n'est pas nécessairement encore parfait. (...) l'administration est prise avec un problème, il y a trop de monde à l'urgence, trop de monde sur les unités, à l'hôpital [donc les infirmeries sont toutes occupées, mais pas nécessairement par des personnes en fin de vie] (...). Il manque d'espaces et les chambres doubles ne peuvent pas être mises en chambre simple » (entrevue, 18 février 2015).

Dans cet extrait, on voit qu'à la suite de la dénonciation de la situation par le CU, la commissaire a énoncé des recommandations pour favoriser l'utilisation des infirmeries par les résidents en fin de vie. Cependant, en raison de diverses contraintes organisationnelles, dont le nombre trop élevé d'utilisateurs au CSSS (urgence, CHSLD,

hôpital) et les contraintes structurelles physiques (la non-possibilité de transformer les chambres doubles en chambres simples), la situation perdure dans le temps.

Dans la situation 13 du CU 1, qui concerne la gestion des vêtements souillés des résidents dans les CHSLD, la coordonnatrice dit ceci :

« on leur disait depuis longtemps [aux membres du personnel], parce qu'il y a des chariots qui ont des couverts, d'autres que non. L'odeur [des vêtements souillés] n'était pas emprisonnée. On leur disait : "pouvez-vous au moins mettre des piqués s'il n'y a pas de couvert". Il y a des employés qui le faisaient, d'autres que non, ça dépend toujours du personnel » (entrevue, 26 mars 2015).

Cet extrait met en évidence que les membres des comités proposaient des solutions aux membres du personnel pour amenuiser la situation désagréable, mais que la récurrence de la situation dépend des volontés des employés — s'ils veulent ou non mettre en œuvre ces solutions.

#### ***7.6.5 La capacité et les limites des CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux***

Une fois que les membres des comités ont porté à l'attention des autorités concernées les situations de maltraitance, ils sont capables de s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux.

##### ***7.6.5.1 Les facteurs qui aident les CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements***

###### ***- La collaboration entre les comités et les dirigeants des établissements***

Lorsque les membres des comités collaborent avec les dirigeants des établissements pour trouver des mesures ou des solutions aux situations de maltraitance, en élaborant des plans d'action, des programmes ou des outils, cela leur permet d'échanger entre eux sur

ces situations, de suggérer des mesures ou des solutions, de négocier les choix retenus, d'être au fait de l'avancement des travaux ou des changements, et de faire des suivis.

- *La présence des membres des comités dans les milieux*

La présence des membres des comités dans les établissements leur permet de s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux. En étant présents dans les CSSS, les membres peuvent observer, de leurs propres yeux, les efforts déployés par l'établissement pour corriger les situations de maltraitance. Ils peuvent également demander aux usagers ou aux proches s'ils considèrent que les problèmes se corrigent. Ils peuvent aussi le savoir en évaluant leur satisfaction relativement à la qualité des soins ou des services. Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, mentionne ceci :

« une problématique de même [les violences entre les résidents] on devrait peut-être dans un an ou deux ne plus revivre ça à l'intérieur de la résidence ou de façon très exceptionnelle. Ça va être de le voir en jugeant de la qualité du service qui est là, de la satisfaction de la clientèle, c'est tout ça à voir » (entrevue, 18 septembre 2014, situation 4, CU 3).

- *Le suivi des dossiers et les outils pour le faire (ex. ordre du jour, compte-rendu des réunions)*

Les membres des comités peuvent faire un suivi des situations de maltraitance soumises à la direction en les remettants à l'ordre du jour de leurs rencontres de comité. Cela permet aux membres d'échanger sur ces situations (avec les autorités concernées notamment), de s'approprier, de réfléchir et de remettre en cause les réponses fournies par les autorités pour expliquer ou justifier les problèmes, de s'assurer que les changements entrepris soient complétés, ou du moins, de s'informer de leur développement ou de leur cheminement, et d'être informés des éléments qui peuvent gêner ces changements. Cela permet aussi aux membres de faire pression sur les dirigeants en leur signalant par exemple que le problème est toujours là.

- *Les moyens de communication des comités*

Les moyens de communication à la disposition des comités (ex. téléphone, boîte vocale, courriels) facilitent aussi leurs suivis des situations de maltraitance auprès des usagers ou des membres de famille ayant déposé une plainte ou exprimé une insatisfaction. La coordonnatrice du CU 1, par exemple, les appelle pour connaître les suites et les fins des plaintes qui ont été déposées.

7.6.5.2 *Les facteurs qui limitent les CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements*

- *Le manque d'outils des comités pour assurer le suivi des situations de maltraitance*

Un membre du CU 3, qui siège également à un CR, dit ceci :

« il faut avoir des suivis. (...) on a à reconstruire cela à l'intérieur des comités parce que je pense que c'était un peu défaillant (...) il faut qu'il y ait des grilles et que chaque problématique soit identifiée dessus pour qu'on voit le suivi. (...) si c'est inscrit simplement dans un procès-verbal, on ne retourne pas (...) relire les procès-verbaux (...) en arrière, à moins de se souvenir, pour dire "ah oui, c'est vrai, on a parlé un moment donné de... non". Il faudrait qu'il y ait une proposition de faite, qu'on la mette dans une grille, puis qu'on sache que telle proposition, ou encore qu'on a décidé d'inviter Mme une telle, c'est écrit dans une grille et de voir, c'est qui qui va s'en charger et permettre de voir si c'est réalisé. Et si ce n'est pas réalisé, bien il y a un problème, il y a quelque chose à faire. (...) je sais c'est que dans le CR ce n'était pas fait ça. Moi je veux introduire vraiment des outils de suivis (...) parce qu'il ne faut pas que quand il y a une problématique que ça tombe dans le vide, qu'il n'y ait pas personne qui s'en charge » (entrevue, 18 septembre 2014).

Dans cet extrait, le membre du CU met en évidence le besoin, pour les membres des comités, de développer des outils pour assurer le suivi des situations de maltraitance. Les inscrire simplement dans les procès-verbaux des rencontres des comités n'est pas suffisant puisqu'il n'y a pas toujours un suivi systématique de fait à la rencontre suivante. Pour le membre du CU, les outils de suivis à développer devraient prendre la forme de grilles, dans lesquelles les membres pourraient inscrire les problèmes et noter

les propositions qui ont été faites, les actions (mesures ou solutions) à entreprendre (comme d'inviter une spécialiste pour avoir de l'information sur la situation) et les membres responsables de les mettre en œuvre, ainsi que l'évolution de ces actions (ou leur cheminement), jusqu'à ce qu'elles soient complétées. Cela éviterait, selon le membre du comité, le non-traitement des situations.

Une personne membre du CU 3 mentionne aussi :

« la plupart, ici, des membres, on a suivi le cours du CU et on sait c'est quoi notre mandat. Maintenant, ça nous apparaît quand même un peu abstrait. Il faut se créer des plans d'action avec des outils (...) sur quoi on va travailler : 1.2.3. (...) des outils qui vont nous objectiver » (entrevue, 18 septembre 2014).

Dans cet extrait, la personne membre du CU met en évidence que pour mieux remplir leur mandat de défense des droits, les membres des comités ont besoin de développer des plans d'action et des outils pour rendre plus clairs les dossiers ou les éléments à traiter au cours de l'année, et les objectiver, c'est-à-dire de les définir et de se donner des critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs.

- *La liberté qu'ont les usagers ou les membres de famille d'informer les comités des suites et des fins des plaintes déposées*

Lorsque les membres des comités ou leur coordonnatrice aident un usager ou une famille à rédiger une plainte et à l'acheminer à la commissaire, ces derniers sont libres d'informer les membres des suites et des fins de ces démarches de plainte (ex. la manière dont la plainte s'est conclue). Dans la situation 8 du CU 1 par exemple, qui a trait à un psychiatre qui n'a pas consulté les parents âgés d'une jeune usagère aux prises de problèmes psychologiques avant de signer son congé définitif, la coordonnatrice dit ceci :



« il y a eu une plainte de déposée, mais j'ai laissé des messages à la famille, mais elle ne m'a pas rappelée encore. (...) On a rédigé ensemble une plainte. (...) Mais je n'ai pas eu de nouvelles. Je ne sais pas comment cela s'est conclu parce que les 45 jours ouvrables sont passés, mais la famille ne retourne pas mes appels et je ne veux pas faire de harcèlement non plus » (entrevue, 3 décembre 2014).

En complément d'information à cette situation, la coordonnatrice ajoute :

« j'ai communiqué avec la famille à trois reprises, malheureusement elle n'a pas retourné mes appels. Est-ce qu'elle ne veut pas me dire comment ça s'est conclu et je dois respecter ça aussi, mais chaque fois que j'ai laissé un message je disais qui j'étais, que si je pouvais les aider, elle avait juste à me rappeler. Je donnais les coordonnées, autant celles du bureau que mon cellulaire dans ce cas-là. Je ne fais pas cela à tous les cas » (entrevue, 26 mars 2015).

Dans ces extraits, on voit que la coordonnatrice rappelle la famille qu'elle a aidée, à rédiger une plainte, à trois reprises, pour savoir comment cette dernière s'est conclue. La famille ne lui répond ou ne la rappelle toutefois pas. La coordonnatrice se doit de respecter ce silence.

Tableau 19 : Facteurs qui facilitent et limitent le traitement des situations de maltraitance par les CU et leur autonomie et les effets de leurs actions

---

**Capacité et limites des CU à s'informer des situations de maltraitance.**

*Facteur qui favorise la mise au courant des situations par les CU :*

- présence et enracinement des membres dans les milieux.

*Facteurs qui limitent la mise au courant des situations par les CU :*

- non-connaissance ou non-reconnaissance des CU/CR dans les établissements et de leur rôle;
  - difficulté des membres à circuler librement sur les unités des CHSLD, entre autres, pour y faire de l'observation;
  - difficulté des membres à mettre en place des moyens pour promouvoir les comités et leur rôle;
- communication difficile et non immédiate des dirigeants envers les CU/CR concernés lors de situations de maltraitance;
- accessibilité difficile au bureau du CU 1, pour les usagers à mobilité réduite notamment;
- difficulté pour les CU/CR d'obtenir une aide technique par l'établissement;
- difficile compréhension par les membres de leur rôle de défense des droits : un besoin d'outils, de formations et d'encadrement;
- peur des représailles vécue par les usagers/proches.

---

**Capacité et limites des CU à analyser les situations de maltraitance.**

*Facteur qui facilite l'analyse des situations par les CU :*

- concertation et échanges entre CU et CR et participation des membres à des formations/colloques.

*Facteurs qui limitent l'analyse des situations par les CU :*

- difficulté à « gérer » la confidentialité;
- difficile « montée en généralité » des situations de maltraitance;
- manque de temps pour les analyser lors des rencontres;
- difficultés à les documenter;
- rôle des émotions dans l'analyse des situations de maltraitance;
- complexité des situations de maltraitance.

---

**Capacité et limites des CU à informer les usagers/proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou exprimer une insatisfaction.**

*Facteurs qui aident les CU à informer les usagers/proches :*

- temps et relation de confiance avec les usagers/proches insatisfaits;
- consultation de différentes ressources.

*Facteurs qui limitent les CU pour informer les usagers/proches :*

- peur des représailles vécue par les usagers/proches;
- interprétation du rôle des comités relativement à l'accompagnement.

---

**Capacité et limites des CU à obtenir une action de la direction : l'autonomie des comités**

***Capacité des CU à faire entendre la voix des usagers/familles auprès des autorités***

*Facteur qui favorise la prise de parole des CU :*

- animation et déroulement des rencontres et motivations des membres.

*Facteurs qui limitent la prise de parole des CU :*

- manque de temps lors des rencontres pour échanger sur les situations de maltraitance;
  - peur des représailles vécue par les membres, qui sont des proches.
-

---

***Capacité des CU à questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle.***

*Facteurs qui favorisent l'obtention des informations par les CU :*

- présence des directions, des représentants de la direction et des invités aux rencontres;
- participation des membres à des colloques/formations.

*Facteurs qui limitent l'obtention des informations par les CU :*

- aucune mention d'obstacles dans l'obtention des informations nécessaires, auprès des dirigeants ou de la commissaire aux plaintes, pour comprendre les problèmes et leur traitement.
- aucune mention d'obstacles ou de limites dans leurs questionnements et leur remise en cause des réponses fournies.

***Capacité des CU à se faire entendre, à faire voir l'importance de leurs dires et à faire changer le regard des dirigeants sur les situations portées à leur attention.***

*Facteurs qui favorisent la capacité qu'ont les CU de faire changer le regard des dirigeants :*

- présence des membres dans les milieux et observations;
- sensibilité des membres à l'égard de ce que vivent les usagers/proches;
- révélation des situations de maltraitance : un besoin d'observer ce qui se passe l'établissement pour les constater;
- pouvoir de suggestion des membres.

*Facteurs qui limitent la capacité qu'ont les CU de faire changer le regard des dirigeants :*

- aucune mention de limites ou de difficultés pour se faire entendre des dirigeants des établissements, pour faire voir l'importance de leurs dires et pour faire changer leur regard sur les situations portées à leur attention.

***Capacité des CU à influencer le cours des choses.***

*Pour les situations de maltraitance « collectives » :*

- les membres réussissent à obtenir des changements *structurels*, qui pourraient être qualifiés de mineurs, c'est-à-dire qui ne demandent pas beaucoup d'investissements (d'argent), et qui sont faciles à réaliser; ils ont toutefois plus de difficultés à obtenir des changements structurels qui exigent des investissements;
- les membres parviennent à obtenir des changements quant à *l'organisation du travail*, pour pallier au manque de ressources financières ou aux procédures ou aux règlements inadéquats ou inadaptés dans les établissements;
- ils parviennent également à obtenir des changements quant à *l'affectation de ressources*, pour pallier au manque de personnel.

*Pour les situations de maltraitance « individuelles » :*

- les membres parviennent à obtenir des actions de la direction ou de la commissaire aux plaintes, pour améliorer les façons d'être des membres du personnel (politesse, empathie), et pour *hausser leur niveau de vigilance* au moment d'intervenir auprès des usagers;
- ils réussissent aussi à obtenir des *changements matériels ou techniques* pour contrer les comportements inadéquats des résidents.

*Effets des actions des CU :*

- généralement, les situations de maltraitance soumises à la direction ou à la commissaire aux plaintes par les membres ont un dénouement positif, c'est-à-dire que leurs demandes sont prises en compte et/ou satisfaites par l'établissement, et que les problèmes se « règlent » :
    - une situation de maltraitance est considérée comme étant réglée, par les membres, lorsque les usagers/familles insatisfaits trouvent « satisfaction » :
      - dans les situations « individuelles », cela se produit lorsque la commissaire donne raison à l'usager, à la suite d'une plainte, et que des mesures sont mises en œuvre
-

---

dans le milieu pour corriger la situation; l'utilisateur y trouve satisfaction. La commissaire peut aussi émettre des recommandations qui « satisfont » les usagers/proches;

- une situation de maltraitance « individuelle » est aussi considérée comme étant réglée par les membres, lorsqu'une fois qu'ils ont informé la direction du problème, des mesures ont été mises en œuvre pour le corriger, et qu'à la suite de ces mesures, la situation ne peut plus se produire;
- pour la présidente du CU 2, les situations de maltraitance « individuelles » et « collectives » sont aussi considérées comme étant réglées, lorsqu'une fois que les directions en ont été informées, elles ont mis en œuvre des mesures pour les corriger, et qu'à la suite de ces mesures, on en entend plus parler dans les milieux;
- les membres des CU considèrent aussi que les situations de maltraitance « collectives » se règlent lorsqu'elles « s'améliorent » selon les usagers/familles, à la suite des mesures mises en œuvre, par les autorités concernées;
- lorsque les demandes des CU sont satisfaites par les établissements, que les situations de maltraitance « se règlent », cela a des effets positifs sur les usagers/familles :
  - dans les situations de maltraitance « individuelles », des usagers ou des membres de famille sont « heureux »;
  - dans les situations de maltraitance « collectives », c'est l'amélioration de la qualité de vie des usagers qui est nommée par la présidente du CU 2, ainsi que le sentiment d'être rassurés.

*Facteurs qui aident les CU à influencer le cours des choses :*

- relations qu'entretiennent les membres avec les représentants de la direction, les directions et la commissaire;
- confiance, crédibilité, collaboration.

*Facteurs qui limitent les CU à influencer le cours des choses :*

- manque de pouvoir pour mettre en œuvre les mesures pour corriger les situations de maltraitance;
- défis de la collaboration;
- récurrence des situations de maltraitance ou des problèmes en raison de facteurs individuels ou organisationnels.

---

### **Capacité et limites des CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux**

*Facteurs qui aident les CU à s'assurer de la mise en œuvre des changements :*

- collaboration entre CU ou CR et les dirigeants des établissements;
- présence des membres dans les milieux;
- suivi des dossiers et outils pour le faire (ex. ordre du jour, compte-rendu des réunions);
- moyens de communication à la portée des comités (ex. téléphone).

*Facteurs qui limitent les CU pour s'assurer de la mise en œuvre des changements :*

- manque d'outils pour assurer le suivi des situations de maltraitance;
  - liberté qu'ont les usagers/familles d'informer les CU des suites et des fins des plaintes déposées.
-

## **8. Discussion**

La discussion de la thèse comprend deux parties. Dans la première, nous reprenons les résultats de la recherche, à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg (1977), sur les sources de pouvoir dans les organisations, afin d'identifier et de mieux comprendre celles auxquelles les comités ont accès dans les ESSS, et celles qu'ils parviennent, par moment, à mobiliser, pour bien traiter les situations de maltraitance, dont celles commises à l'endroit des aînés, et obtenir du changement. L'accent est mis sur ce qui favorise, ce qui permet, ce qui aide les comités à mobiliser ces sources de pouvoir, et à traiter les situations.

Dans la deuxième partie de la discussion, nous faisons un retour sur les principaux résultats de la recherche, et adoptons une posture critique au sujet des limites rencontrées par les comités, qui briment leur pouvoir de bien traiter les situations et d'obtenir du changement. Cela mène à présenter des recommandations pour la pratique. Une réflexion est également réalisée sur comment les résultats de l'étude peuvent amener à poser des jalons de pratiques de bientraitance.

### **8.1 Résultats de la recherche à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg**

Dans cette première partie de la discussion, nous reprenons les résultats de l'étude à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg (1977), sur les sources de pouvoir dans les organisations, afin de dégager celles auxquelles les comités ont accès et qu'ils mobilisent parfois, pour défendre les droits des usagers. Cela va nous permettre de synthétiser nos observations, nos résultats, et de pousser plus loin l'analyse.

Les sources de pouvoir identifiées par Crozier et Friedberg (1977) sont les suivantes : 1) celle qui découle de l'existence de règles structurelles ou organisationnelles; 2) celle qui apparaît dans la maîtrise des informations et de la communication; 3) celle qui découle de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle; et 4) celle qui est liée aux relations entre une organisation et son (ou ses) environnement. Aux sources de pouvoir identifiées par Crozier et Friedberg (1977), une autre source s'ajoute, qui émerge de nos données, soit 5) celle ayant trait à la volonté des membres des comités.

Cette première partie de la discussion est divisée en cinq sections, soit une section par source de pouvoir, dans lesquelles nous ferons un bref rappel de ce que Crozier et Friedberg (1977) entendent par chacune de ces sources de pouvoir, et mettrons en lumière, comme il a été mentionné, celles auxquelles les comités ont accès et qu'ils mobilisent par moment, pour défendre les droits des usagers et prévenir et contrer la maltraitance dans les établissements.

### ***8.1.1 La source de pouvoir qui découle de l'existence de règles structurelles ou organisationnelles et de lois***

Pour Crozier et Friedberg (1977), cette source de pouvoir fait notamment référence aux règles ou aux lois dans les organisations, qui régularisent les comportements des individus, en prescrivant ce qu'ils doivent faire.

Nous avons vu que l'autonomie des CU et des CR, dans la défense des droits des usagers, est favorisée par la *Loi sur les services de santé et les sociaux* et les documents ministériels qui encadrent leur fonctionnement, dont le *Cadre de référence sur l'exercice*

*des fonctions à assumer par les membres des CU et des CR, car ils établissent leur pouvoir formel (Gagnon et al., 2014).*

La LSSSS rend obligatoire l'institution d'un CU dans chacun des ESSS public ou privé conventionné au Québec, et l'attribution d'un budget pour son fonctionnement. Ce budget donne de la latitude aux comités pour entreprendre leurs actions (Pomey et al., 2009). Elle oblige aussi, pour les établissements qui exploitent un centre offrant des services à des usagers hébergés, de mettre sur pied, dans chacune des installations, un CR (art. 209, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). La LSSSS rend ainsi obligatoire la présence de ces comités dans les CSSS.

Elle règle la composition de ces comités et leur rôle dans les établissements : un rôle axé sur la défense des droits des usagers et la promotion de l'amélioration de la qualité des services. Elle établit leurs fonctions, dont celle de défendre, de façon individuelle ou collective, les droits des usagers auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente (art. 212, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). Ce rôle et cette fonction visent à ce que les droits des usagers soient respectés, entre autres, en prévenant et en contrant la maltraitance dans les milieux. La LSSSS donne donc une légitimité aux comités, un droit d'agir, pour recevoir et traiter les situations de maltraitance dans les établissements.

Cette Loi précise également que les comités doivent être autonomes pour l'établissement de leurs règles de fonctionnement (art. 212, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). Dans la présente étude, les comités s'inspirent beaucoup de ce qui est écrit dans le *Cadre de référence* pour établir ces dites règles de fonctionnement, mais aussi pour mettre en

œuvre leurs actions de défense des droits des usagers. Ils s'inspirent plus précisément des démarches inscrites comme étant préalables à leur bon fonctionnement et des moyens suggérés pour la réalisation de leurs fonctions.

La LSSSS et les documents ministériels indiquent aussi clairement que les comités ne peuvent pas remplir leur rôle de défense des droits des usagers de façon indépendante, car ils établissent un lien, un rapport, entre les comités et la direction ou le représentant de la direction, et entre les comités et la commissaire aux plaintes.

Pour ce qui est du rapport avec la direction, plus précisément, la LSSSS et les documents ministériels donnent à la direction générale de l'établissement certaines responsabilités à assumer pour favoriser le bon fonctionnement des comités. La direction, par exemple, se doit de désigner, si nécessaire, un représentant de la direction pouvant être en lien avec les comités et l'établissement (MSSS, 2006a). Cette recherche a montré que des représentants de la direction, qui sont des directions ou des adjoints à la direction, sont bel et bien désignés pour participer aux rencontres des comités. Ces personnes sont chargées, entre autres, de donner de l'information aux membres sur ce qui se passe dans les établissements (ex. dans le secteur court ou longue durée) et de répondre à leurs questions.

La LSSSS indique aussi que la direction doit permettre aux comités d'utiliser un local pour réaliser leurs activités, et leur donner la possibilité de conserver leurs dossiers d'une manière confidentielle (art. 211, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). Les comités ont bel et bien accès à un bureau, ainsi qu'à des moyens de communication (ex. téléphone, boîte vocale, adresse de messagerie). Cela leur permet, d'une certaine façon,



d'être autonomes par rapport à la direction (en gérant eux-mêmes leurs « affaires »), puisqu'ils peuvent s'organiser en fonction de leurs besoins et de leur réalité (Pomey et al., 2009), entre autres, pour recevoir et traiter les situations de maltraitance (ex. pour recevoir les insatisfactions individuelles des usagers). Nos résultats ont toutefois montré que parfois, le bureau du CU est mal situé, ou du moins, est situé dans un lieu non optimal pour effectuer leur travail de défense des droits, car son accessibilité est difficile aux usagers à mobilité réduite notamment; cela peut complexifier l'expression de leurs insatisfactions, et limiter la mise au courant des situations par les comités.

La LSSSS établit aussi un lien, un rapport, entre les comités et la commissaire aux plaintes. Plus précisément, cette Loi règlement les fonctions de la commissaire dans les établissements, dont celle de donner son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet, entre autres, le CU (art. 33, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017).

La LSSSS établit également un lien, un rapport, entre les comités et les membres du CA de l'établissement et ceux du comité de vigilance et de la qualité. En fait, elle édicte la composition du CA, dont l'obligation que deux membres soient élues par le CU (il peut s'agir de membres du CU ou des CR) (art. 530.13, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). Un de ces deux membres est aussi appelé à siéger au comité de vigilance et de la qualité mis en place par le CA, qui vise à assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations de la commissaire notamment, relativement aux plaintes formulées ou aux interventions effectuées (art. 181.0.1, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). La LSSSS détermine ainsi la nécessité de faire entendre la voix des usagers au sein de ces comités, par la présence de représentants d'usagers.

Nous avons vu que des comités ont mobilisé leur pouvoir formel, entre autres, pour faire valoir leur légitimité à la direction de l'établissement et la sensibiliser à cet égard. Dans la situation 4 du CU 3, par exemple, lorsque la direction ne communique pas immédiatement avec le CR et le CU, pour les informer du décès d'un résident survenu à la suite de violences entre résidents dans un CHSLD, les comités ont fait des représentations à la direction pour souligner ses manquements envers eux — soit le fait de ne pas les avoir informés rapidement de la situation, lui ont fait des demandes, pour que cela ne se reproduise plus, et ont fait valoir leur légitimité, en s'appuyant sur les textes législatifs qui encadrent leur fonctionnement — qui précisent leur droit d'agir dans les établissements, et qui édictent les responsabilités de la direction à leur égard.

### ***8.1.2 La source de pouvoir qui apparaît dans la maîtrise des informations et de la communication***

Pour Crozier et Friedberg (1977), cette source de pouvoir renvoie à la façon dont l'organisation aménage la communication et les flux d'information entre ses membres et entre ses unités. Les auteurs sont effectivement d'avis qu'un individu a besoin d'informations, pour remplir adéquatement la fonction assignée à son poste, qui proviennent d'autres individus à d'autres postes. Si ce dernier ne peut pas les court-circuiter ou se passer de leur concours, ces autres individus disposeront d'un pouvoir sur lui, de par la simple place qu'ils occupent dans le réseau de communication donné. La manière dont ils vont lui transmettre les informations (ex. de façon plus ou moins « filtrée », avec plus ou moins de retard, ou ne pas lui transmettre toutes les données) pourra affecter sa capacité d'action (ex. être incapable de percevoir la véritable signification de ces informations). Toutefois, si à son tour, ce dernier possède des informations qui affectent la capacité de jouer de ses correspondants, il pourra parer à

cette situation (ex. un processus de négociation pourrait se développer autour de la maîtrise et de la transmission de ces informations).

Voyons ce que font les comités pour mobiliser cette source de pouvoir et remplir leur mandat de défense des droits.

### *Établir des relations*

Pour défendre les droits des usagers, les membres des comités doivent mettre en œuvre différentes actions pour : recevoir et traiter les insatisfactions des usagers ou de leurs proches; les analyser pour convaincre la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes de la gravité ou de la fréquence des problèmes, ou pour proposer des mesures ou des solutions (ou pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction — sur demande); porter à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire les problèmes; et assurer le suivi des changements demandés.

Pour que les membres puissent réellement défendre les droits des usagers, il est donc important qu'une relation se crée entre les comités et la direction ou les représentants de la direction, et entre les comités et la commissaire aux plaintes. Ce sont effectivement ces personnes qui sont responsables de recevoir les insatisfactions ou les problèmes vécus par les usagers ou leurs proches, dont ont été informés, témoins ou ont vécus eux-mêmes, en tant que résident ou avec leur proche hébergé, les membres des comités. Ce sont aussi ces personnes qui ont le pouvoir de mettre en œuvre les changements demandés par les membres dans les milieux, ou d'émettre des recommandations.

Nous avons vu que ces relations se créent ou se développent notamment lors des rencontres des CU. Des représentants de la direction participent à l'entièreté ou à une partie de ces rencontres, pour informer les membres de ce qui se passe dans les milieux ou pour leur faire part de demandes provenant de certaines directions — un point leur est réservé à l'ordre du jour. Les membres profitent aussi de leur présence pour les informer des insatisfactions des usagers ou de leurs proches et des situations de maltraitance, les questionner à ces sujets, et pour émettre des avis sur des changements qui, selon eux, devraient être faits dans l'établissement. Les représentants sont alors invités à répondre à leurs questions ou à leurs demandes, et à en faire le suivi auprès de la direction, ou sont invités à informer les membres des changements qui sont déjà en cours ou à venir dans les milieux.

Cette recherche a également montré que la direction ou la commissaire aux plaintes sont aussi parfois invitées aux rencontres des comités pour donner de l'information spécifique aux membres ou pour répondre à leurs questions. Ces personnes ne participent pas à toute la durée des rencontres, mais bien à une partie, au moment où le point à l'ordre du jour concerne le point d'information ou de discussion en question. Ce moment permet aux membres d'échanger avec elles, de les questionner à ces sujets, mais surtout de relever les insatisfactions des usagers ou de leurs proches et d'émettre des avis de changements ou de recommandations. La direction ou la commissaire sont alors priées de donner de l'information aux membres, de répondre à leurs questions ou de faire le suivi des recommandations ou des changements demandés, ou de ceux qui sont déjà en cours ou à venir dans les milieux.

Les relations qu'entretiennent les comités avec la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes se développent aussi en dehors des rencontres des comités, par divers contacts. Cela se produit notamment lorsque les membres des comités s'impliquent dans les démarches de l'établissement, qui peuvent avoir un impact sur l'amélioration de la qualité des services et des conditions de vie des usagers, en siégeant à divers comités ou tables, comme au CA ou au comité de vigilance et de la qualité. Lorsque les membres participent aux consultations demandées par l'établissement, pour un cadre de référence en éthique par exemple ou la politique d'accueil en hébergement, pour émettre des avis et faire valoir le point de vue de l'utilisateur. Quand ils développent des projets communs, tel un sondage sur la satisfaction de la clientèle. Lorsqu'ils échangent entre eux sur certains dossiers touchant les usagers, dont ceux pour lesquels ils ont manifesté des insatisfactions. Quand ils transmettent des avis aux représentants de la direction ou aux directions des établissements sur des situations qui nécessitent des changements et qu'ils font les suivis. Lorsqu'ils transfèrent des dossiers d'insatisfactions ou de plaintes des usagers ou des proches à la commissaire ou aux directions concernées.

Dans leurs actions de défense des droits des usagers, toutefois, pour que les relations entre les comités et la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes soient « bonnes », c'est-à-dire pour que les membres parviennent à les influencer pour qu'elles prennent en compte leurs demandes ou mettent en œuvre les changements demandés dans les milieux ou les recommandations, il importe que les comités soient crédibles à leurs yeux.

### *S'informer des insatisfactions des usagers ou des membres de famille*

Les membres des CU parviennent à connaître les insatisfactions des usagers ou de leurs proches relativement aux situations de maltraitance dans les établissements. Ces insatisfactions ont trait à des attitudes ou à des comportements inadéquats des membres du personnel ou des résidents, telles de la violence ou de la négligence — pour les situations de maltraitance « individuelles », et à des problèmes plus structureux dans l'organisation, tels un manque de ressources financières, un manque de personnel, des règlements inadéquats ou inadaptés dans les établissements, des problèmes de « structures » ou des problèmes dans l'accessibilité au CSSS — pour les situations de maltraitance « collectives ».

Pour connaître ces insatisfactions des usagers ou de leurs proches, les membres des trois CU assurent une présence régulière au sein des établissements et mettent en œuvre différents moyens d'information et de signalement des situations informels : ils observent ce qui se passe dans les milieux, ils participent aux activités qui s'y déroulent, ils échangent de façon informelle avec les usagers, les proches et les membres du personnel, dont les membres de la direction. Cette étude a toutefois montré que pour certains membres de CR, il est plus difficile de circuler librement sur les unités des CHSLD, pour y faire de l'observation et recueillir les situations de maltraitance, car des membres du personnel ne connaissent pas tous les membres qui composent ces comités, et leur rôle dans les établissements. De plus, cette recherche a mis en évidence que des membres des CR ont besoin d'outils pour savoir quoi observer dans les milieux ou quoi écouter pour recueillir les situations de maltraitance, pour avoir de vraies données, des faits, pour ensuite les traiter.

Pour connaître les insatisfactions des usagers ou de leurs proches, les membres des trois comités profitent également de leur présence au sein des établissements pour mettre en œuvre des moyens d'information et de signalement des situations formels : ils réalisent des activités de promotion et de sensibilisation, des AGA, des présences au bureau du CU, des rencontres individuelles avec les usagers ou les proches insatisfaits, ils mettent à leur disposition des moyens de communication, ils réalisent des rencontres de CU ou d'autres comités du CSSS, ainsi que des sondages d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

En étant présents dans les établissements, et en mettant en œuvre ces moyens d'information et de signalement des situations informels et formels, les membres parviennent à développer une connaissance du milieu — de l'organisation des soins ou des services, de la vie dans les établissements, de ce qui s'y passe, et des gens qui y évoluent — des usagers, des proches et des membres du personnel. Cela contribue aussi à ce que les comités se fassent connaître de ces personnes en tant que membres et comités; ce qui favorise, selon Gagnon et al. (2012), « l'enracinement » des comités dans les milieux. Cette proximité avec le milieu et les gens permet aux membres d'être témoins de situations de maltraitance, dont celles vécues par les usagers isolés, sans voix ou sans visite.

La participation de membres des comités à des formations ou à des colloques contribue aussi à aiguïser leur perception des difficultés dans les établissements. Nous avons vu que des membres développent une certaine connaissance des milieux de vie, des clientèles et des bonnes pratiques, ce qui leur permet de percevoir plus facilement les attitudes et les comportements inadéquats des membres du personnel ou des résidents,

ou les problèmes plus structuraux dans les milieux (ex. les procédures inappropriées) — bien qu'ils ne les nomment pas nécessairement comme étant de la maltraitance.

Cette proximité avec le milieu et les gens permet aussi aux membres d'être informés des situations de maltraitance par les membres du personnel, les usagers ou leurs proches, de façon formelle ou informelle.

Comme les usagers ou les proches ne se trouvent pas dans un rapport de dépendance avec les membres des CU, ils se sentent plutôt à l'aise de se confier à eux relativement aux situations de maltraitance. Ils n'ont effectivement pas à craindre les représailles de leur part — s'ils dénoncent une situation aux membres du personnel par exemple, les usagers peuvent craindre de recevoir des soins ou des services de moins bonne qualité et les proches, de leurs côtés, craindre que leur parent hébergé reçoive de tels soins ou services.

Lorsque les membres des comités reçoivent les insatisfactions des usagers ou de leurs proches, de façon formelle ou informelle, dans tous les cas, ils prennent le temps d'écouter ces personnes et de considérer leurs propos — ce qui permet aux usagers ou aux proches de sortir d'un certain isolement. Ils ne sont plus seuls avec leur problème. Cela permet aussi aux membres de mieux comprendre leur réalité (ce qu'ils vivent), c'est-à-dire mieux comprendre pourquoi les comportements ou les attitudes des membres du personnel ou des résidents ou les dysfonctionnements organisationnels leur causent des malaises, et leur importance pour eux (le tort ou la détresse vécue). Les membres assurent aussi aux usagers ou aux proches la confidentialité des informations fournies, ce qui contribue à atténuer leur peur des représailles (Bordeleau et Gagnon,



2013). Les membres parviennent ainsi à développer une relation de confiance avec eux, favorable à la révélation des situations de maltraitance.

Cette connaissance des insatisfactions des usagers ou de leurs proches et des situations de maltraitance dans les établissements favorise la crédibilité et l'autonomie des comités (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). Les membres ont effectivement en leur possession des exemples concrets de problèmes dans les milieux. Cette « matière » constitue la base de leurs actions de défense des droits des usagers. Ce sont effectivement ces insatisfactions et situations que les membres portent à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes, et sur lesquelles ils s'appuient pour construire leurs demandes de changements.

Ces connaissances permettent aux membres de dénoncer les situations dont ils ont été témoins ou qu'ils ont vécues eux-mêmes — en tant que résident ou avec leur proche hébergé, ou de faire entendre les insatisfactions qui leur ont été rapportées par les usagers ou leurs proches, et les conséquences vécues. Les membres peuvent prendre la parole pour les usagers ou les proches qui ne veulent pas ou qui ne peuvent pas se défendre par eux-mêmes (ex. les usagers ou les proches qui ont peur des représailles, les usagers qui sont limités par leur condition physique ou cognitive).

Ces connaissances des insatisfactions des usagers ou de leurs proches et des situations de maltraitance permet aussi aux membres de faire voir à la direction, aux représentants de la direction, ou à la commissaire aux plaintes des problèmes dans les comportements ou les attitudes des membres du personnel ou des résidents, ou des problèmes plus structuraux dans l'organisation, qu'ils ne voyaient pas nécessairement, ou pour lesquels

ils n'accordaient que peu d'importance (Gagnon et al., 2014). Ces personnes ne savent effectivement pas toujours que les usagers ou les proches vivent de telles insatisfactions relativement aux problèmes, et que leurs conséquences sont si néfastes pour eux. Les membres des comités ont ainsi une place privilégiée pour connaître et comprendre ces insatisfactions et inquiétudes, mais aussi pour les faire connaître à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire, pour faire changer leur regard porté sur les problèmes, en comprenant mieux la réalité des usagers ou des proches.

Au moment de dénoncer les problèmes, il arrive aussi, parfois, que la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes en soit déjà informé, et que des mesures soient déjà mises en œuvre pour les corriger. Le travail des comités, dans ces cas, est de faire voir à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire que le problème est toujours là, et de rester attentifs et critiques vis-à-vis de ces mesures, pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins des usagers ou de leurs proches.

#### *Prendre connaissance des faits et les analyser*

Une fois que les membres des trois CU sont informés des insatisfactions des usagers ou de leurs proches et des situations de maltraitance, qu'ils possèdent ces connaissances, ils vont généralement les analyser pour convaincre la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes de la gravité ou de la fréquence des problèmes, et pour proposer des mesures ou des solutions.

Pour ce faire, les membres vont échanger entre eux, sur ces insatisfactions et situations, pour mettre en lumière leur nature « collective »; les membres veulent persuader la direction, les représentants de la direction ou la commissaire de l'importance des

problèmes en montrant qu'ils affectent l'ensemble des usagers. Pour les problèmes individuels par exemple, les membres vont réfléchir à leur portée plus générale, en tentant de trouver les causes structurelles ou organisationnelles qui les engendrent, et de ce fait, pouvoir en montrer leur importance pour tous les usagers. Cette étude a toutefois révélé que, parfois, les membres ont du mal à mesurer ou à entrevoir cette portée plus générale d'un problème individuel, ce qui fait qu'ils ne discutent pas toujours des mesures ou des solutions à proposer ou à mettre en œuvre pour le faire cesser. Les membres peuvent donc « laisser passer » des situations de maltraitance et ne pas les traiter en collectif — dans ces cas, souvent, la personne qui informe les autres membres de la situation individuelle l'a traité en amont de la rencontre du CU, de façon individuelle avec l'utilisateur ou le proche insatisfait; ils ont rédigé ensemble l'insatisfaction ou la plainte, en y précisant les faits, et l'ont porté à l'attention de la direction, de la commissaire ou du médecin examinateur.

Cette façon de faire, de mettre de l'avant la nature collective des problèmes ou leur portée plus générale, est un moyen pour les membres qui les vivent de près, en tant que résident ou avec leur proche hébergé, de s'en détacher pour les analyser objectivement. Les émotions vécues par les membres (ex. anxiété, inquiétude, tristesse) peuvent effectivement rendre plus difficile la précision de la nature et des causes des problèmes, et ainsi déformer, d'une certaine façon, le message qu'ils veulent acheminer à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire — avoir des informations embrouillées par exemple, ou être plus critiques. Cette façon de faire contribue aussi à amenuiser leur peur des représailles — au moment de les dénoncer, il est impossible d'identifier « de qui » vient le signalement.

En s'inspirant des propos de Ghadi et Naiditch (2006), il est possible de dire que cette prise de distance des membres, par rapport à leurs expériences individuelles, est aussi une façon pour le comité de construire sa position collective, soit une « montée en généralité » de leurs préoccupations ou de leurs insatisfactions. Cela permet au comité d'être dans une meilleure position pour les défendre vis-à-vis de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes, et les membres se sentent plus légitimes à le faire, car ils traitent alors de préoccupations ou d'insatisfactions qui ne les concernent plus personnellement.

En échangeant entre eux, les membres vont aussi mettre en avant la nature répétitive des problèmes (ex. s'ils perdurent dans le temps) et leurs conséquences (le tort et la détresse vécue). Pour les présidents des CU, il est effectivement important qu'un problème se répète dans l'organisation pour entreprendre des actions collectives.

Lorsque les situations sont jugées comme étant « graves », ces informations sont documentées par les membres (ex. ils montent un dossier d'observation), pour qu'ils puissent les prouver par des faits au moment de les dénoncer à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire aux plaintes. Cette façon de faire aide à ce que ces personnes croient aux dénonciations des comités. Cette documentation des problèmes n'est toutefois pas faite systématiquement par les membres — ils n'ont pas toujours le réflexe de documenter les faits et ils n'ont pas d'outils ou de formulaires à leur disposition pour le faire.

En analysant les insatisfactions des usagers ou de leurs proches et les situations de maltraitance, les membres vont aussi tenter de comprendre comment les problèmes

affectent les droits des usagers. Pour s'aider dans cette réflexion, les membres font parfois appel à l'avocate du CSSS ou aux regroupements provinciaux des CU. Cette réflexion permet aux membres de mieux comprendre les violations des droits des usagers et de les faire valoir dans leurs échanges avec la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes. Cette étude a toutefois révélé que certains membres des comités trouvent inutile d'approfondir leur connaissance des droits pour examiner les situations. Ce résultat montre que des membres des comités ont une certaine incompréhension de leur mandat de défense des droits des usagers, ne savent pas que la violation des droits est un type de maltraitance envers les aînés (Comité sur la terminologie, 2016), ou n'ont pas, individuellement, la volonté d'apprendre et de connaître ces droits.

En analysant les problèmes, les membres vont aussi imaginer des mesures ou des solutions à proposer à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire aux plaintes, pour tenter de les régler, ou du moins, amenuiser les désagréments vécus. Étant donné leur proximité avec le milieu et les gens, les membres vont proposer des mesures ou des solutions qui visent à répondre aux besoins des usagers ou de leurs proches. Celles proposées par les membres, pour les problèmes plus structuraux dans l'établissement, ont trait à des changements dans l'organisation du travail, à l'affectation de ressources et à des changements de « structure », et pour les problèmes relatifs aux comportements inadéquats des membres du personnel, à des changements dans leurs façons d'être (politesse, vigilance), et pour les comportements inadéquats des résidents, à des changements matériels ou techniques.

Pour s'aider à imaginer des mesures ou des solutions aux problèmes complexes (ex. les violences entre les résidents dans les CHSLD), lorsqu'ils ont de la difficulté à en trouver dans leur propre CR, les membres peuvent en discuter avec le CU et les autres CR. D'ailleurs, dans le CU 3, des membres du CU, qui siègent aussi à un CR, ont mentionné avoir besoin d'un temps d'échange « autre » que les rencontres du CU pour arriver à comprendre les situations similaires auxquelles ils sont confrontés dans les différents CHSLD qu'ils représentent, et les traiter; c'est-à-dire de prendre le temps de les analyser en profondeur pour les comprendre, d'imaginer des mesures ou des solutions qui répondent aux besoins, de construire leur argumentation et leur position collective — c'est pourquoi un comité, composé de tous les membres du CU, qui siègent aussi à un CR, est en train de se former.

La participation des membres à des formations ou à des colloques leur permet aussi d'échanger avec des comités d'autres CSSS ou avec les regroupements provinciaux des CU. Ils peuvent alors partager leurs expériences, leurs connaissances (Pomey et al., 2009), connaître ce qui se fait dans d'autres milieux et recevoir des informations ou des suggestions (Gagnon et al., 2012).

Lorsque les membres procèdent à une analyse des insatisfactions des usagers ou de leurs proches et des situations de maltraitance, cela favorise la crédibilité et l'autonomie des comités (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). Les membres se préparent effectivement à porter à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes, des problèmes concrets dans les milieux, en développant leur compréhension collective. Ensemble, ils vont réfléchir et échanger entre eux sur la nature des problèmes (et les violations des droits), leurs causes, leur

portée pour tous les usagers, leur fréquence et leurs conséquences, et généralement les documenter. Cela permet aux membres de s'appropriier les paroles des usagers ou des proches à défendre ou à représenter, pour pouvoir bien transmettre leur réalité — ce qu'ils vivent et l'importance des problèmes pour eux, et porter leur parole collective. Ce temps permet aussi aux membres d'imaginer et d'établir les demandes à faire à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire pour corriger les problèmes ou diminuer les désagréments. L'analyse des problèmes aide les membres à avoir confiance en leur dénonciation et à être plus convaincants. Les informations à fournir à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire aux plaintes sont plus claires, ce qui leur permet de mieux expliquer leurs dénonciations et leurs demandes de changements (ou de recommandations), d'une façon objective, ainsi que l'urgence d'agir — cela renforce la légitimité du comité.

### *Revendiquer un changement*

Une fois que les comités ont analysé les insatisfactions des usagers ou de leurs proches et les situations de maltraitance, les membres vont ensuite communiquer ces informations à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire aux plaintes. Cette recherche a montré que dans les situations de maltraitance collectives, les membres peuvent faire des représentations au CA, à la direction ou à la commissaire, en leur acheminant un dossier d'observations ou une lettre, en faisant des recommandations dans leur rapport annuel, en prenant position au CA directement, et dans les situations individuelles, en acheminant la plainte ou l'insatisfaction rédigée à la direction, à la commissaire ou au médecin examinateur.

Le plus souvent, toutefois, les membres vont s'assurer de la présence de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire à leurs rencontres de comités, pour les en informer. Un ordre du jour leur est alors transmis avant la réunion pour qu'ils puissent se préparer à la rencontre (ex. s'informer sur les points qui les concernent et qui seront traités).

En établissant un ordre du jour et en le suivant, les membres s'assurent de pouvoir se concentrer sur un seul et unique sujet à la fois, ce faisant, ils s'assurent d'avoir un moment pour dénoncer les problèmes dans les milieux. Plus précisément, ce moment permet aux membres d'informer la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes des insatisfactions des usagers ou de leurs proches et des situations de maltraitance. Ils peuvent leur expliquer de façon claire et respectueuse, les informations qu'ils possèdent, et qui sont habituellement documentées — la nature des problèmes et les violations des droits, leurs causes, leur portée pour tous les usagers, leur fréquence et leurs conséquences. Ces informations aident les comités à faire voir à la direction, aux représentants de la direction ou la commissaire la réalité vécue par les usagers ou les proches, ainsi que l'importance des problèmes pour eux. Les membres révèlent des attitudes et des comportements des membres du personnel et des résidents et des dysfonctionnements organisationnels, qui ne sont pas censés « être » dans les établissements, car ils causent du tort ou de la détresse aux usagers ou aux proches. Ils montrent comment ces problèmes franchissent le seuil de l'acceptable et la nécessité de les corriger. Les membres peuvent alors expliquer leurs demandes de changements. En adoptant une attitude respectueuse pour faire ces révélations et en connaissant bien leurs dossiers de dénonciations et de demandes de changement, cela contribue à la crédibilité



des comités. Le président du CU 3 a effectivement mis en évidence le besoin, pour les membres, d'être crédibles aux yeux de la direction, au moment de dénoncer un problème, pour l'influencer dans la prise en compte du problème, et la mise en œuvre des changements. Cette crédibilité s'obtient lorsqu'ils soumettent à la direction un problème fondé, documenté, basé sur des faits, de manière respectueuse — à l'inverse de l'exemple du président du CR qui saute sur sa chaise et qui fait des *sparages*.

La direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes reçoivent ces informations et les prennent en notes ou en compte. Lorsque c'est la première fois qu'ils entendent parler de ces problèmes, ils sont invités, par les présidents des comités qui animent les rencontres, à exprimer aux membres ce qu'ils considèrent comme étant possible ou non à mettre en œuvre dans leurs demandes. Dans les cas où les dirigeants sont « surpris » par ces révélations, ils sont amenés par les membres des comités, à regarder, à scruter, à aller voir en profondeur, ce qui se passe dans leur établissement, pour constater les problèmes, et ensuite, à exposer leurs différentes possibilités pour les corriger. Les membres peuvent alors prendre position, vis-à-vis des mesures, des solutions ou des décisions prises, lorsqu'ils ne sont pas en accord avec ces dernières, car elles ne respectent pas les intérêts, les besoins ou les droits des usagers.

Il se peut aussi que la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes soient déjà informés de ces problèmes. Dans ces cas, ils sont plutôt invités à donner des informations aux membres pour les expliquer ou pour leur faire part des changements en cours ou prévus pour les corriger. Lorsque les membres reçoivent ou exigent de recevoir des informations pertinentes pour comprendre les problèmes, et comment ils ont été jusque-là compris et traités, ils peuvent se les approprier, y réfléchir,

les remettre en cause, en faisant valoir les besoins, les droits et les intérêts des usagers, proposer des mesures ou des solutions différentes de celles retenues ou exercer des pressions pour que des moyens soient trouvés, afin de diminuer les inconvénients, ou que les changements se fassent plus rapidement.

Ces échanges sont des occasions de rétroactions, qui permettent aux membres et à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire aux plaintes de préciser les informations et les demandes, et de voir comment elles ont été comprises, crues, intégrées ou acceptées. C'est cette rétroaction qui permet d'arriver à une certaine vision commune, nécessaire pour stimuler une mise en œuvre de changements qui répondent aux besoins des usagers ou aux proches, ou pour ajuster de tels changements.

Les rencontres des CU ne sont pas toujours des moments « idéals » pour porter à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire, les insatisfactions des usagers ou de leurs proches et les situations de maltraitance, car il y a de nombreux sujets à traiter inscrits à l'ordre du jour. Cela fait en sorte que, parfois, les membres manquent de temps pour dénoncer les problèmes ou en faire le suivi auprès d'eux — les échanges se font vite. Il semble alors important que les membres apprennent à traiter moins de situations, mais de manière plus approfondie, et à structurer leurs analyses et leurs discussions les concernant.

#### *Avoir une crédibilité pour favoriser une bonne relation et la collaboration*

Lorsque les membres des comités « développent » ou « ont » une crédibilité aux yeux de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes, cela favorise une bonne relation entre ces acteurs. Une bonne relation, plus précisément, se

traduit par un rapport de confiance dans lequel les membres ont la possibilité d'informer la direction, les représentants de la direction ou la commissaire des insatisfactions des usagers ou de leurs proches et des situations de maltraitance, en étant à l'aise de le faire. La direction, les représentants de la direction ou la commissaire ont effectivement une attitude d'ouverture, d'écoute et de respect à l'égard des propos des membres et y sont intéressés. Ils ne sont pas sur la « défensive » ou « offusqués » par ces propos, et les prennent au sérieux.

Une relation de confiance et une crédibilité favorisent une bonne collaboration (Bordeleau et Gagnon, 2013) entre les comités et la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes. Ensemble, ils veulent agir de concert pour régler les problèmes. La direction, les représentants de la direction ou la commissaire écoutent les explications des membres concernant leurs dénonciations et leurs demandes de changements. Ils leur donnent ensuite l'information pertinente, pour qu'ils puissent bien comprendre les tenants et les aboutissants des problèmes — les raisons qui les sous-tendent, leurs justifications, les changements en cours ou prévus pour les corriger. Ce sont ces informations, et leur compréhension, qui permettent aux membres de mieux saisir les « enjeux » et de pouvoir y réagir en les questionnant ou en les remettant en cause, en fonction des besoins des usagers ou des proches. Ensuite, ensemble, en collectif, ils peuvent clarifier les possibilités. Après, la direction, les représentants de la direction ou la commissaire énoncent et expliquent aux membres les choix de changements retenus — des choix qui intègrent les demandes des membres ou des éléments de ces demandes. Puis, ils les mettent en exécution. Les membres vont, généralement, par la suite, faire des suivis. Des membres ont toutefois souligné

l'importance de développer des outils pour les aider à assurer le suivi des situations de maltraitance.

C'est ainsi que les membres des comités parviennent à « faire partie de l'équipe » pour prévenir et contrer la maltraitance, dont celle commise envers les aînés, et qu'ils remplissent réellement leur rôle de défense des droits.

Cette étude a montré que les membres des comités entretiennent de bonnes relations et de bonnes collaborations avec la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes, puisque la majorité de leurs demandes sont prises en compte ou satisfaites par l'établissement.

Pour les situations de maltraitance « collectives », qui concernent des problèmes plus structuraux dans l'organisation, les membres obtiennent des changements de « structure », qui ne demandent pas beaucoup d'investissements et qui sont faciles à réaliser, mais ont toutefois plus de mal à obtenir des changements qui exigent de l'argent. Ils obtiennent aussi des modifications dans l'organisation du travail et l'affectation de ressources.

Des problèmes structuraux sont parfois plus longs ou plus difficiles à régler que d'autres, en raison de différentes contraintes (ex. la non-possibilité de transformer les chambres doubles d'un CHSLD en chambres simples, pour permettre aux usagers de vivre une fin de vie en toute intimité). Dans ces cas, comme le mentionnent Gagnon et al. (2014), les membres doivent être patients et parfois se résigner à les voir persister ou se reproduire, étant donné que la direction, les représentants de la direction ou la commissaire ont peu d'emprise sur ces réalités (ex. un manque de personnel, une

journée, fait en sorte que les bains ne sont pas donnés aux résidents). Les membres font alors le suivi de ces problèmes non réglés en les maintenant à l'ordre du jour de leurs rencontres de comités. Cela leur permet de faire des retours (« de picosser ») pour dire que le problème est toujours là ou qu'il importe de mettre en place des mesures pour en diminuer les conséquences, pour s'assurer que les changements prévus ou annoncés soient bel et bien mis en exécution ou qu'ils soient faits plus rapidement.

Au fil du temps, à moyen et long terme, les membres parviennent à obtenir de petites « victoires ». Les suivis effectués par les membres deviennent alors une occasion de souligner les efforts et de féliciter les bonnes actions, ce qui contribue aussi à accroître la crédibilité des comités.

Les membres réussissent aussi à obtenir des changements dans les façons d'être des membres du personnel (politesse, vigilance), pour contrer leurs comportements de violence ou de négligence, et des changements matériels ou techniques pour contrer les comportements inadéquats de violence des résidents. Les résultats ont toutefois montré que les membres des CU, autre que la coordonnatrice du CU 1, ne font pas « grand-chose » pour assurer le suivi des situations « individuelles ».

La plupart des problèmes portés à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes par les membres se règlent, c'est-à-dire que les usagers ou les proches sont satisfaits des changements apportés ou des recommandations émises, trouvent que les situations se sont améliorées, et certains d'entre eux se sentent en sécurité ou heureux. Des membres des comités, pour leur part,

n'entendent plus dans les milieux, d'insatisfactions des usagers ou des proches à ces sujets.

### ***8.1.3 La source de pouvoir qui découle de la maîtrise d'une compétence particulière (expertise) ou de la spécialisation fonctionnelle***

Pour Crozier et Friedberg (1977), cette source de pouvoir réfère au fait que « l'expert » est la seule personne qui dispose des connaissances, du savoir-faire et de l'expérience du contexte, qui lui permettent de résoudre certains problèmes importants pour l'organisation — ce qui lui confère une « bonne » position pour négocier avec ses collègues ou l'organisation. En effet, lorsque la bonne marche d'un secteur, d'une activité ou d'une fonction cruciale pour l'organisation dépend de son intervention, l'expert peut la négocier contre des privilèges ou des avantages. Une telle expertise, toutefois, est limitée, puisque peu de personnes sont rarement les seules à être capables de résoudre un problème dans une organisation. Il y a cependant beaucoup de personnes qui détiennent un « monopole de fait », car il est trop coûteux ou trop difficile de les remplacer, puisqu'elles ont réussi à maintenir ou à rendre les connaissances et expériences particulières qu'elles possèdent hermétiques ou inaccessibles. À la limite, selon les auteurs, toute personne dans une organisation possède un minimum « d'expertise » dont elle peut se servir pour négocier — il lui suffit de tirer parti de la difficulté qu'on éprouverait à la remplacer (ex. coût de la recherche).

Dans cette étude, nous avons vu que les CU et les CR ne profitent pas d'expertises qui leur confèrent une autorité, comme les médecins, les avocats, les professionnels de la santé ou des services sociaux, les gestionnaires, etc. Or, lorsque les membres des comités portent à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la

commissaire aux plaintes les insatisfactions des usagers ou de leurs proches, et les situations de maltraitance, et qu'ils proposent des mesures ou des solutions pour les corriger, les membres ne peuvent pas leur imposer de prendre en compte ces demandes de changements et de les mettre en œuvre. Les membres ont effectivement le pouvoir de les informer des problèmes, mais une fois que cela est fait, les mesures prises pour les corriger ou éviter que de telles situations se reproduisent vont dépendre des choix et des décisions des autorités. Cette incertitude, à savoir si des mesures vont bel et bien être mises en place, peut rendre inquiets les membres des comités, qui sont notamment des proches de personnes hébergées, qui ont été témoins de maltraitance (ex. avoir peur que la situation s'aggrave ou se reproduise auprès de son proche hébergé).

D'où l'importance, pour les comités, d'analyser les situations qu'ils soumettent à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire aux plaintes, pour expliquer de façon claire et objective les problèmes (la nature des problèmes et les violations des droits des usagers, leurs causes, leur portée pour tous les usagers, leur fréquence et leurs conséquences), et leurs demandes de changements (des changements qui répondent aux besoins des usagers ou des proches), et être convaincants sur la nécessité de les corriger et de mettre en œuvre des actions — c'est donc dire de mobiliser la source de pouvoir qui apparaît dans la maîtrise des informations et de la communication. Cette recherche, toutefois, a montré que les membres des comités sont souvent scolarisés et ont une connaissance ou une expérience des services de santé et des services sociaux — ce qui leur confère une certaine expertise ou compétence pour, entre autres, documenter les situations de maltraitance et les expliquer, faire des suggestions pour corriger les problèmes, et orienter les usagers ou leurs proches avec les plaintes.

Cette expertise ou compétence est utile aux CU dans leurs relations avec la direction et le pouvoir qu'ils peuvent exercer pour la mise en œuvre de changements.

Nous avons vu que les membres des CU et des CR agissent à titre bénévole pour défendre les droits des usagers. Les membres ne peuvent donc pas tirer parti de la difficulté qu'on éprouverait à les remplacer, dans leurs négociations, car leur participation à la lutte contre la maltraitance dans les ESSS ne coûte rien « en salaire » à l'organisation.

Cette étude a même mis en évidence qu'étant donné que les membres des CR ne sont pas des « employés » de l'établissement, il peut être difficile pour eux d'obtenir de l'aide du service technique du CSSS lorsqu'ils éprouvent des problèmes avec leurs moyens de communication pour recevoir et traiter les situations de maltraitance — ce qui les brime dans leur fonctionnement et mine leurs motivations.

#### ***8.1.4 La source de pouvoir qui est liée aux relations entre une organisation et son (ou ses) environnement***

Pour Crozier et Friedberg (1977), cette source de pouvoir fait référence aux relations que doit établir une organisation avec son (ou ses) environnement externe (extérieur à l'organisation), pour obtenir les ressources matérielles et humaines nécessaires à son fonctionnement (ex. fournitures, personnel), et vendre ou placer son produit (ex. une prestation, un bien matériel). Cet environnement, soit les segments de la société avec lesquels l'organisation est en relation, constitue pour cette dernière, une source potentielle de perturbation de son fonctionnement interne — une zone d'incertitude. Et, les individus et les groupes, qui, par leurs appartenances multiples ou leur capital de relations dans un ou l'autre des segments de l'environnement, seront capables de



maîtriser cette zone d'incertitude, en tout ou en partie, de la domestiquer au profit de l'organisation, auront un pouvoir au sein de celle-ci. Pour les auteurs, cette source de pouvoir est assez près de celle qui découle la maîtrise d'une compétence particulière, car le contrôle de l'environnement peut être considéré comme forme d'« expertise ».

Cette source de pouvoir, pour les comités, renvoie au fait que pour s'aider à défendre les droits des usagers et accroître leur autonomie, les membres peuvent participer aux activités (formations, colloques) des regroupements provinciaux des CU, soit le RPCU et le CPM. Cette possibilité de participation est importante pour les comités, étant donné que le MSSS n'offre pas de formation spécifique aux membres — ces derniers doivent donc se former sur le terrain avec l'aide de ces regroupements (Pomey et Ghadi, 2009).

Dans notre étude, par exemple, nous avons vu que des membres des trois CU ont, entre autres, suivi la formation intitulée *Introduction aux fonctions des comités*, donnée par Mme Francine Bergeron du RPCU. D'une durée de quatre heures, cette formation avait pour but d'habiliter les membres sur leurs fonctions, leur rôle et leurs responsabilités et ce, tels que prévus dans la LSSSS (procès-verbal du 16 septembre 2014, CU 1). Les membres ont trouvé utile de suivre cette formation, car même si le MSSS a publié un document sur les lignes directrices pour la mise en place des comités (MSSS, 2006b), un cadre de référence sur l'exercice de leurs fonctions (MSSS, 2006a), et un règlement sur les modes de fonctionnement de ces comités (Pomey et al., 2009), ils ont besoin d'informations et de soutien pour comprendre leur rôle de défense des droits dans les établissements, mais aussi les textes législatifs qui encadrent leur fonctionnement, et comment les interpréter. D'ailleurs, cette recherche a montré que les membres des comités ne prennent pas le temps, ou très peu, de s'approprier leur rôle collectivement,

de le comprendre, et d'échanger entre eux sur le fonctionnement des comités pour le remplir.

Nous avons aussi vu que des membres des trois CU ont participé au congrès annuel du RPCU (au moment de la collecte des données). Ce congrès est un lieu d'échanges où plus de 400 membres de CU et de CR, de partout à travers le Québec, se réunissent chaque année. Le fait qu'il y ait autant de membres de comités, qui participent à ce congrès, montre bien le besoin des membres d'échanger sur leur « travail de comités », les problèmes qu'ils rencontrent et de développer des connaissances et des outils (Pomey et al., 2009). Dans notre recherche, des membres des trois CU ont clairement exprimé le besoin d'être mieux formés et outillés pour pouvoir remplir pleinement leur rôle de défense des droits : pour avoir conscience des enjeux et des problèmes rencontrés, pour comprendre leur mandat de défense des droits et leurs modes de fonctionnement (ex. l'organisation de leurs réunions), pour développer des habiletés pour présenter ou dénoncer les situations de maltraitance aux autorités concernées, de manière à influencer les mesures à mettre en place.

La participation des membres des comités au congrès annuel du RPCU est une opportunité, pour eux, de sortir, en quelque sorte, de leur « contexte local », de leur établissement, pour assister à différentes présentations et recevoir de l'information sur les développements récents dans le réseau sociosanitaire, les droits des usagers, le fonctionnement des comités, leur mandat, etc. C'est aussi un moment, pour les membres, de pouvoir échanger avec les comités d'autres CSSS ou avec les regroupements provinciaux des CU. Ils peuvent alors partager leurs connaissances, leurs expériences (Pomey et al., 2009), savoir ce qui se fait dans d'autres milieux et recevoir des

suggestions ou des informations (Gagnon et al., 2012). Ces moments d'échanges aident les comités à enrichir ou bonifier leur travail au sein de leur propre comité — pour reconnaître les problèmes dans les milieux et les résoudre, pour formuler des suggestions ou des demandes de changements ou pour remettre en cause certaines mesures proposées ou retenues par la direction. Ces échanges motivent aussi l'engagement des membres au sein de leurs comités — ils peuvent se sentir mieux outillés ou informés pour défendre les droits des usagers.

Cette étude a montré également que les regroupements provinciaux des CU peuvent aider les comités à résoudre certains problèmes dans les milieux (Gagnon et al., 2012), en leur fournissant des informations ou des conseils. Le RPCU, par exemple, offre un soutien technique aux membres des comités, tels un service d'aide téléphonique et un service d'information juridique. En outre, au moment d'accompagner les usagers ou les membres de famille insatisfaits, les membres des comités peuvent contacter ces regroupements, pour obtenir des réponses aux questions des usagers ou de leurs proches, valider les problèmes (est-ce un problème qui ne satisfait pas l'utilisateur ou le membre de famille, mais qui ne contrevient pas la loi ou les droits?) ou mieux comprendre comment les problèmes affectent les droits des usagers. Ces informations aident les membres pour informer adéquatement les usagers ou leur famille quant aux mesures ou aux recours à prendre.

L'offre de service du RPCU se décline en trois volets, dont un étant la représentation des CU et des CR; c'est-à-dire de faire connaître leur mission et leurs préoccupations auprès des instances gouvernementales, de la population et des médias. Or, à la lumière des résultats de notre étude, il apparaît important que les comités puissent jouir davantage de

cette représentation. En effet, le RPCU, mais aussi le MSSS, devrait encore plus sensibiliser les directions générales des établissements relativement aux fonctions de défense des droits des usagers des comités et leur rôle dans la lutte contre la maltraitance, dont celle commise envers les aînés, pour qu'elles puissent encore mieux reconnaître leur apport et leur légitimité dans les milieux.

Cette source de pouvoir, pour les comités, peut aussi renvoyer au fait qu'ils pourraient recourir à des avocats ou à des dénonciations dans les médias pour faire bouger les choses, comme ça s'est vu ailleurs. Dans les trois CU étudiés, toutefois, les membres ne l'ont pas fait.

#### ***8.1.5 La volonté des membres des comités***

Aux quatre sources de pouvoir identifiées par Crozier et Friedberg (1977), une cinquième source découlant directement de l'analyse inductive de nos données s'ajoute, soit celle de la volonté des membres des comités. Cette source de pouvoir est effectivement fondamentale pour que les membres défendent réellement les droits des usagers, et s'activent à avoir l'autonomie nécessaire pour le faire.

La volonté des membres réfère d'abord à leurs motivations. Cette étude a montré que les CU et les CR sont composés d'usagers, de membres de famille ou de bénévoles (ils sont en majorité des personnes aînées), qui jugent important de s'engager dans de tels comités pour défendre les droits des usagers.

Plusieurs de ces membres se sont avant tout engagés dans ces comités pour protéger leur proche hébergé ou après avoir vécu des situations difficiles en tant qu'utilisateur ou

résident, ou avec le proche hébergé ou hospitalisé, pour éviter que de telles situations se reproduisent auprès d'autres usagers.

Cette étude a révélé que pour défendre les droits des usagers, les membres des comités doivent s'intéresser à ce que vivent les usagers ou les proches, en fonction de leurs capacités (des membres ont certains déficits physiques comme une mobilité réduite, des problèmes cardiaques ou de la surdité par exemple), et de leurs disponibilités (certains membres ont d'autres obligations comme un travail), pour connaître et comprendre leurs insatisfactions et les problèmes. Les membres sont empathiques à ce qu'ils vivent puisqu'ils sont capables, d'une certaine façon, de percevoir ce qu'ils ressentent; le tort et la détresse vécue. Cette empathie anime et motive les membres dans leurs actions, car ils souhaitent que les problèmes se corrigent le plus rapidement possible, pour éviter qu'ils causent encore plus de conséquences. Cette motivation est bénéfique pour la participation des comités.

Dans la défense des droits des usagers, les motivations des membres grandissent ou se renforcent lorsqu'ils ont une bonne collaboration avec la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes. Ils se sentent respectés et écoutés, car leurs opinions, leurs dénonciations et leurs demandes sont considérées (prises en compte, argumentées), et estimées, car leur travail est reconnu (leurs demandes ou des éléments de leurs demandes sont mises en œuvre). Cela permet aux membres de développer une certaine confiance en leurs actions. Lorsque les membres contribuent au règlement des situations de maltraitance, ils sont fiers d'eux.

La volonté des membres renvoie aussi à leur capacité à s'approprier leur rôle de défense des droits des usagers. Cette étude a montré que, la plupart du temps, les membres sont en mesure de bien comprendre et de bien remplir ce rôle, puisque la majorité de leurs demandes, pour prévenir et contrer la maltraitance, sont prises en compte ou satisfaites par l'établissement. Le fait que plusieurs membres des comités ont des expériences professionnelles ou personnelles en lien avec le milieu de la santé et des services sociaux ou en lien avec le vieillissement peut contribuer à ce qu'ils comprennent bien ce rôle. Quelques difficultés ont toutefois été nommées par des comités, tels que l'incompréhension de certains membres de CR à comprendre leurs modes de fonctionnement (ex. l'organisation des réunions).

Tableau 20 : Sources de pouvoir auxquelles les CU ont accès et qu'ils mobilisent parfois pour bien traiter les situations de maltraitance et obtenir du changement

---

**Les quatre sources de pouvoir identifiées par Crozier et Friedberg (1977) :**

***Celle qui découle de l'existence de règles structurelles ou organisationnelles (ou de lois)***

- Les CU ont un pouvoir qui découle des règles et des lois, car elles établissent leur pouvoir formel :
  - elles leur donnent une légitimité, un droit d'agir pour recevoir et traiter les situations de maltraitance dans les établissements;
  - et elles édictent les responsabilités des autorités à leur égard (ex. leur permettre d'utiliser un local pour réaliser leurs activités).
- Ce pouvoir est nécessaire, mais insuffisant :
  - il importe aussi que les autorités reconnaissent la légitimité et la pertinence des CU dans la défense des droits des usagers;
  - et que les autorités et les membres des comités eux-mêmes comprennent bien leur rôle dans la lutte contre la maltraitance — pour permettre la mise en œuvre des actions.

***Celle qui apparaît dans la maîtrise des informations et de la communication***

- Les CU ont un pouvoir lié à la maîtrise des informations et de la communication, lorsqu'ils :
  - s'informent des insatisfactions des usagers ou des proches et des problèmes dans les milieux;
  - prennent connaissances des faits et les analysent;
  - revendiquent un changement, et le font en étant crédibles et en forçant le changement;
  - et s'assurent de la mise en œuvre des changements demandés (qu'ils assurent un suivi).
- C'est la principale source de pouvoir des CU — cependant, tous les comités n'y puisent pas toujours aussi bien ou pas également dans toutes les situations.

***Celle qui découle de la maîtrise d'une compétence particulière ou de la spécialisation fonctionnelle***

- Les CU n'ont pas toujours de pouvoir lié à cette source :
-

- 
- ils ne profitent pas d'expertises qui leur confèrent une autorité sur les dirigeants, comme les avocats par exemple, et dont ils pourraient se servir pour forcer la mise en œuvre de changements dans les milieux, pour prévenir ou contrer la maltraitance;
  - les membres des comités, toutefois, sont souvent scolarisés et ont une connaissance ou une expérience du réseau sociosanitaire (des savoirs expérientiels) qui leur confère une certaine expertise ou compétence pour, entre autres, documenter les situations de maltraitance et les expliquer, faire des suggestions pour corriger les problèmes, et orienter les usagers ou les proches avec les plaintes — cette expertise ou compétence est utile aux CU dans leurs relations avec la direction et le pouvoir qu'ils peuvent exercer pour la mise en œuvre de changements.

***Celle qui est liée aux relations entre une organisation et son (ou ses) environnement***

- Les CU ont des pouvoirs liés aux relations entre l'organisation et son environnement externe :
  - ils peuvent profiter des activités ou des conseils des regroupements provinciaux des CU — pour mieux connaître, comprendre ou remplir leur rôle ou leur mandat de défense des droits des usagers dans les milieux;
  - ils pourraient aussi recourir à des avocats ou à des dénonciations dans les médias pour faire bouger les choses — bien que dans les trois CU étudiés, les membres ne l'ont pas fait.

**La source de pouvoir qui découle directement de l'analyse inductive de nos données :**

***Celle ayant trait à la volonté des membres des comités***

- Les CU ont un pouvoir lié à leurs volontés de défendre les droits — des volontés qui les motivent et les rendent tenaces;
  - ces motivations grandissent ou se renforcent lorsque les membres sont en mesure de bien comprendre et de bien remplir leur rôle de défense des droits des usagers dans les milieux, et qu'ils ont une bonne collaboration avec les autorités — que leurs demandes sont considérées, que leur travail est reconnu;
  - ces motivations sont mises à l'épreuve lorsque les membres rencontrent des difficultés dans leur fonctionnement de comité.

---

### ***8.1.6 Conclusion de la première partie de la discussion***

Les CU ont accès à diverses sources de pouvoir dans les organisations pour défendre les droits des usagers — un pouvoir qu'ils n'ont toutefois pas toujours, qu'ils ne parviennent pas toujours à avoir.

En effet, les CU ont un pouvoir qui découle des règles et des lois — un pouvoir nécessaire, mais insuffisant. Si, par exemple, les membres de la direction ne reconnaissent pas la légitimité des comités ou leur pertinence dans la défense des droits des usagers, ou que les membres des comités, eux-mêmes, ne comprennent pas bien leur rôle, il sera plus difficile pour eux de prévenir et contrer la maltraitance dans les milieux.

Les CU ont un pouvoir lié à la maîtrise des informations et de la communication. C'est, en fait, leur principale source de pouvoir : s'informer, prendre connaissance des faits, les analyser, revendiquer un changement, etc., et le faire en étant crédible et en forçant le changement. C'est une source potentielle de pouvoir, mais tous les comités n'y puisent pas toujours aussi bien, ou pas également dans toutes les situations.

Les CU n'ont pas toujours de pouvoirs liés à la maîtrise d'une compétence particulière et à la spécialisation fonctionnelle de leurs membres, car ceux-ci ne profitent pas, par exemple, d'expertise qui leur conférerait une autorité sur la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes. Les membres des comités, toutefois, sont souvent instruits et connaissant du réseau de la santé et des services sociaux — ce qui leur donne une certaine expertise ou compétence pour, entre autres, documenter les situations de maltraitance et les expliquer, faire des suggestions pour corriger les problèmes, orienter les usagers ou leurs familles avec les plaintes, et exercer du pouvoir pour la mise en œuvre de changements.

Les CU ont des pouvoirs liés aux relations entre l'organisation et son (ou ses) environnement externe. Ils peuvent, entre autres, profiter des activités et des conseils des regroupements provinciaux des CU, pour mieux défendre les droits des usagers et accroître leur autonomie (ex. pour résoudre certains problèmes dans les milieux).

Enfin, les membres des CU ont un pouvoir lié à leurs volontés de défendre les droits des usagers — des volontés qui les motivent et les rendent tenaces. Les motivations des membres peuvent être mises à l'épreuve notamment, lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur fonctionnement de comité, ou amplifiées, lorsqu'ils ont une bonne



collaboration avec la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes — que leurs demandes sont considérées, que leur travail est reconnu.

Cette première partie de la discussion met en lumière le pouvoir dont les CU ont besoin pour bien faire, c'est-à-dire pour bien traiter les situations et obtenir du changement. Un pouvoir qu'ils n'ont pas toujours, étant donné qu'ils rencontrent des limites. La deuxième partie de la discussion reprend notamment ces limites pour énoncer des recommandations afin d'aider les comités à les surmonter.

## **8.2 Principaux résultats de la recherche, enjeux liés aux limites rencontrées par les CU, recommandations pour la pratique et réflexion sur la bientraitance**

Cette deuxième partie de la discussion fait un retour sur les principaux résultats de l'étude, pose aussi les enjeux liés aux limites rencontrées par les comités dans leur traitement des situations de maltraitance et dans leur autonomie, et présente des recommandations pour aider les comités à les surmonter — pour mieux défendre les droits des usagers, et par le fait même, encore mieux prévenir et contrer la maltraitance, dont celle commise à l'endroit des aînés, dans le réseau de la santé et des services sociaux. Suite à la présentation de ces recommandations, une réflexion est faite sur comment les résultats de la recherche peuvent amener à poser des jalons de pratiques de bientraitance — que les comités ne pensent pas exclusivement en terme de lutte contre la maltraitance, mais également de promotion de la bientraitance.

### ***8.2.1 Le retour sur les principaux résultats de la recherche***

La présente étude avait pour but de décrire et de comprendre comment les CU dans les ESSS au Québec composent avec les situations de maltraitance envers les aînés portées à leur attention. Dans cette visée, nous avons documenté la manière dont les comités

s'organisent pour défendre les droits des usagers. Plus précisément, nous avons mis en lumière la composition de ces comités, soit le nombre de membres, le nombre d'hommes et de femmes, leur statut — résident, membre de famille, bénévole, leur âge approximatif — qui a révélé que la majorité des membres sont aînés, leurs limitations physiques (ex. mobilité réduite), leur origine ethnique — les membres sont tous d'origine québécoise, leurs études ou leurs expériences professionnelles ou personnelles — dont plusieurs sont en lien avec le réseau sociosanitaire ou le vieillissement, leur nombre d'années d'engagement — qui est très variable, et les rôles au sein des comités — président, secrétaire, trésorier. Nous avons ensuite fait un survol des rencontres des CU, en précisant leur nombre, leur durée et en faisant une description sommaire de ces rencontres — le déroulement, la dynamique, l'animation, les échanges entre les membres et avec les représentants de la direction ou les invités, le statut de ces représentants et invités, et ce que leur présence permet à ces réunions. Cela a permis, d'une part, de montrer que les membres des CU sont souvent des personnes instruites, et qui ont une connaissance ou une expérience des services de santé et des services sociaux — ce qui peut leur être utile dans leurs relations avec les autorités et le pouvoir qu'ils peuvent exercer; et d'autre part, que les CU ont un fonctionnement qui leur permet, normalement, en principe ou techniquement, de recevoir de l'information des autorités — de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes, et de poser des questions.

Le premier objectif de la recherche visait à faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés portées à la connaissance des CU. En faisant un usage « plus ouvert » du cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés, en

l'appliquant à « toutes » les situations problématiques portées à l'attention des CU, que les aînés en soient ou non la cible — plutôt qu'un usage « plus étroit », en l'appliquant seulement aux situations problématiques commises envers les aînés, cela a permis de documenter, en profondeur, 69 situations de maltraitance, qui ont été portées à l'attention des CU — par les usagers, les proches ou les membres du personnel ou dont les membres ont été témoins ou ont vécu eux-mêmes en tant que résidents. Nous avons documenté les endroits où se sont produites ces situations, où nous avons pu constater qu'une grande majorité d'entre elles furent commises en CHSLD (52/69 situations). Cela a aussi permis de clarifier en quoi ces situations constituent de la maltraitance, ce qui permet d'en comprendre mieux la nature et les causes. La nature de ces situations a révélé cinq types de rapports de confiance au sein desquels elle se produit dans les établissements — soit d'un membre du personnel à un usager (53/69 situations); d'un membre du personnel à un membre de la famille de l'usager (4/69 situations); d'un usager à un membre du personnel (2/69 situations); d'un usager à un autre usager (7/69 situations); et d'un membre de la famille de l'usager à l'usager (3/69 situations); ainsi que les comportements et les attitudes de violence ou de négligence, qui illustrent divers types de maltraitance, et les conséquences pour les personnes maltraitées. Cela a permis de mettre en lumière des situations que l'on n'associe pas toujours à la maltraitance, du moins à celle envers les aînés, comme certains gestes commis par un usager envers un autre usager ou envers le personnel, et d'avoir une vue d'ensemble plus complète des rapports entre les différents individus et groupes. C'est toutefois dans le rapport entre un membre du personnel et un usager, que s'est produit la grande majorité des situations soumises aux CU ou dont ils ont été témoins (53/69 situations). En clarifiant en quoi les situations constituent de la maltraitance, cela a aussi permis d'en comprendre mieux les

causes, qui se sont révélées dans différents facteurs individuels, tels le manque individuel d'empathie et de compréhension de l'autre, et organisationnels, tel le manque de ressources, de personnel. Les caractéristiques des personnes maltraitées et des personnes maltraitantes ont aussi été documentées, en plus des rapports de pouvoir qui se créent entre elles, en fonction de leurs stratégies. Cela a permis de mieux comprendre les dynamiques des situations de maltraitance, soit la nature des contraintes exercées, les raisons pour lesquelles elles sont commises, sur les plans individuels et organisationnels, ainsi que le statut et les atouts des acteurs dans la relation ou le rapport.

Ces résultats, découlant de l'objectif 1, pourraient être utilisés pour sensibiliser, former ou outiller les membres des comités sur la maltraitance, dont celle commise envers les aînés, en ayant des exemples concrets. Cela pourrait aider les membres à reconnaître les situations dans les milieux et à mieux comprendre leurs conséquences pour les personnes maltraitées.

Le deuxième objectif de la recherche visait à documenter le traitement des situations de maltraitance par les CU. Cet objectif a d'abord permis de mettre en évidence ce que font les comités pour s'informer de ces situations (pour les recevoir, être mise au courant, en être témoins, etc.). Les résultats ont montré que les membres des trois CU mettent en place divers moyens d'information ou de signalement des situations « informels » — en échangeant de façon informelle avec les usagers, les proches ou les membres du personnel par exemple, et « formels » — entre autres, en assurant des présences au bureau du CU ou en mettant à la disposition des usagers ou des proches des moyens de communication pour exprimer leurs insatisfactions, selon leurs capacités et leurs disponibilités. Pour être mis au courant des situations, les membres doivent aussi

posséder certaines habiletés, comme de savoir observer ce qui se passe dans les établissements, de savoir écouter les besoins ou les problèmes qui s’y manifestent et de savoir questionner les usagers, les proches ou les membres du personnel, pour connaître les insatisfactions des usagers, mais aussi pour valider ou confirmer leurs suspicions de maltraitance. Lorsque les membres possèdent de telles habiletés, ils sont capables de détecter des signes, qui peuvent être révélateurs de violence, de négligence ou de dysfonctionnements organisationnels, dans les soins ou les services administrés aux usagers ou ceux qui sont censés l’être, dans les comportements des membres du personnel ou des résidents et dans la condition physique des usagers notamment. Les membres peuvent alors prendre connaissance du tort ou de la détresse vécue par les usagers ou les proches. Des membres des CR ont toutefois exprimé le besoin d’être encore mieux outillés ou formés pour développer de telles habiletés. Pour être informés des situations de maltraitance et les traiter, les membres des trois CU peuvent aussi s’outiller, en obtenant et en consultant divers documents pertinents — sur le fonctionnement des CU et les droits des usagers par exemple, ou en participant à des formations ou à des colloques.

Le deuxième objectif de l’étude a aussi permis de mettre en lumière comment les membres des CU analysent les situations de maltraitance, c’est-à-dire comment ils les qualifient, les apprécient, les jugent ou les interprètent, pour convaincre la direction de la gravité ou de la fréquence d’un problème ou pour proposer des mesures ou des solutions. Les résultats ont révélé que les membres des trois CU utilisent peu le vocabulaire de la défense des droits et de la maltraitance, ainsi que la perspective ou le cadre d’analyse de la maltraitance — notamment celui de la maltraitance envers les aînés — ce qui, à notre

avis, peut contribuer à appauvrir ou à rendre plus difficiles leurs analyses des situations. Pour les membres des trois CU, et l'auteure de la thèse, qui reprend cette distinction, les situations de maltraitance sont dites « collectives » lorsqu'elles sont vécues par plusieurs usagers, qu'elles sont commises par plusieurs individus ou qu'une même situation est vécue dans différents milieux. Les situations de maltraitance sont aussi jugées comme étant « collectives », lorsqu'elles sont récurrentes ou répétitives ou lorsqu'elles concernent des questions « structurelles » comme le manque de ressource. Les rencontres des CU sont des moments propices pour reconnaître la nature collective des situations — du fait du point à l'ordre du jour, qui permet aux membres de s'exprimer sur ce qui se passe dans les différents milieux qu'ils représentent. Une situation de maltraitance est dite « individuelle » lorsqu'elle concerne seulement un usager. Elles sont souvent rapportées aux comités, lorsqu'un usager ou un membre de famille se présente au bureau du comité ou y téléphone pour informer les membres d'une situation qui les affecte personnellement ou un de leur proche. Une insatisfaction individuelle peut révéler un problème plus général, un problème collectif. Les situations « individuelles » ou « collectives » portées à la connaissance des CU peuvent être singulières — se produire une fois à un moment précis, ou répétitives. Une situation est dite « répétitive », par les membres, lorsqu'ils l'entendent souvent dans les milieux, c'est-à-dire que les usagers ou les proches se plaignent souvent d'un problème, qu'elle se produit plus d'une fois ou qu'elle perdure dans le temps. Pour les présidents des trois CU, ce n'est pas parce qu'un problème est nommé une fois, entre autres, en rencontre de CU, que les membres doivent mettre en œuvre une démarche collective pour le contrer. La notion de répétition du problème est donc importante pour entreprendre une telle démarche. Une situation de maltraitance est jugée comme étant « grave » par les

membres des trois CU, lorsqu'elle cause du tort physique ou de la détresse psychologique aux usagers. Les membres prennent connaissance que les usagers n'aiment la situation dans laquelle ils se trouvent, qu'ils sont blessés par elle ou qu'ils ne s'y sentent pas bien. Une situation est aussi considérée comme étant « grave », par les membres des trois CU, lorsque les membres du personnel ne font pas tout ce qui est en leur pouvoir pour amenuiser les souffrances ou le mal-être vécus par les usagers. Les membres des CU ne traitent pas les situations de maltraitance « collectives » et « individuelles » de la même façon. Dans les situations de maltraitance « collectives », ils vont documenter la situation en montant un dossier d'observation. Cela se fait dans les trois CU, lorsque la situation est jugée comme étant « grave ». En montant un tel dossier, les membres peuvent valider les situations portées à leur attention et prouver la fréquence ou la gravité du problème par des faits — que la situation se produit à plusieurs reprises, à tels moments, à tels endroits et son « impact » sur les résidents par exemple. Dans les situations « individuelles », les membres des trois CU vont également documenter le problème, mais de façon « individuelle » avec l'utilisateur ou les membres de famille qui portent à leur attention la situation de maltraitance. En prenant le temps de recevoir les personnes insatisfaites, de les écouter, de les aider à décortiquer le problème et à le documenter, cela permet aux membres de préciser la nature des problèmes et leur importance pour ces personnes. Bien que cela ne soit pas fait systématiquement dans toutes les situations, la documentation des problèmes permet d'enrichir le dossier ou les dénonciations par des faits. Les membres des trois CU font aussi une analyse de ces situations pour proposer des mesures ou des solutions. L'examen des situations, par les membres, a révélé deux ensembles d'insatisfactions. Le premier a trait aux situations de maltraitance « collectives », qui traduisent des problèmes plus structuraux dans

l'organisation, comme un manque de ressources financières, un manque de personnel, des problèmes de « structures », puis des problèmes dans l'accessibilité au CSSS. Pour cet ensemble d'insatisfactions, les mesures ou les solutions proposées par les membres ont trait à des changements dans l'organisation du travail, à l'affectation de ressources, et à des changements structurels. Le deuxième ensemble d'insatisfactions soumises à la direction, par les membres des trois CU, a trait aux situations de maltraitance « individuelles », qui traduisent des comportements inadéquats des membres du personnel ou des résidents, telles de la violence ou de la négligence. Pour cet ensemble d'insatisfactions, les mesures ou les solutions proposées ont trait à des changements dans les façons d'être des membres du personnel (politesse, vigilance), et à des solutions matérielles ou techniques pour contrer les comportements inadéquats des résidents. C'est souvent lors des rencontres des CU que les membres portent à l'attention des autres membres les situations de maltraitance, qui leur ont été soumises ou dont ils ont été témoins, puisqu'ils souhaitent, justement, imaginer ou trouver des mesures ou des solutions. De plus, les membres des CU, qui siègent aussi à un CR, portent à l'attention des autres membres du CU les situations de maltraitance, lorsqu'ils veulent être appuyés dans leurs démarches — pour faire des pressions sur l'établissement par exemple, ou qu'ils ne trouvent pas de solutions dans leurs propres CR, et ont besoin de se concerter pour en imaginer ou en trouver.

La recherche a également permis de documenter l'accompagnement individuel que réalisent les membres des comités pour informer les usagers ou les proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction. Dans le CU 1, c'est surtout la coordonnatrice qui joue ce rôle, tandis que dans les deux autres



comités, ce sont plutôt des membres des CU, qui remplissent cette fonction, lorsqu'un usager ou un membre de famille leur témoigne un besoin d'information ou de soutien. Les membres des CU 2 et 3 n'ont pas mentionné avoir aidé d'usagers ou de membres de famille à rédiger une plainte. Ils les ont plutôt accompagnés dans la rédaction de leurs insatisfactions et pour leur acheminement à la direction. Pour réaliser cet accompagnement individuel, des membres des comités et la coordonnatrice du CU 1 ont reçu les personnes insatisfaites à leur bureau, ou quand il s'agissait de résidents de CHSLD, se sont déplacés, au besoin, pour les rencontrer. Ensuite, quand c'était leur souhait, ils les ont aidés à rédiger leur insatisfaction ou leur plainte, en détaillant le problème et son importance pour eux, et à l'acheminer à la direction, à la commissaire ou au médecin examinateur. Des membres des comités, et la coordonnatrice du CU 1, ont aussi représenté des usagers ou des proches qui avaient peur des représailles, ou des usagers plus vulnérables en raison de leurs déficits physiques ou cognitifs, en portant, à leur place, leur insatisfaction à la direction, et en assurant la confidentialité — en dénonçant l'insatisfaction de façon anonyme ou en montrant la portée plus générale du problème. Pour informer adéquatement les usagers ou les membres de famille, des membres des comités, et la coordonnatrice du CU1, ont aussi, à quelques reprises, consulté différentes ressources, telles que l'avocate du CSSS et les regroupements provinciaux des CU (RPCU, CPM).

L'étude a aussi permis de lever le voile sur ce que font les comités pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance. Les membres s'y prennent de différentes façons. Dans les situations de maltraitance « collectives », qui ont trait à des problèmes plus structuraux dans l'organisation, les membres des trois CU ont fait

des représentations au CA ou à la direction, c'est-à-dire qu'ils ont pris position ou ont émis des recommandations, en leur acheminant un dossier d'observation ou une lettre, en prenant position au CA directement ou en faisant des recommandations dans leur rapport annuel de comité. Pour les situations de maltraitance « individuelles », des membres des comités, et la coordonnatrice du CU 1, ont aidé les usagers ou les membres de famille insatisfaits à rédiger leurs insatisfactions ou leurs plaintes et à l'acheminer à la direction, à la commissaire ou au médecin examinateur (accompagnement ou représentation individuelle). Pour dénoncer les situations de maltraitance « individuelles », mais aussi « collectives », les membres des trois CU ont aussi tenus des rencontres avec les directions des établissements, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes. Ces moments se sont avérés une occasion, pour les membres, de prendre la parole pour les informer des insatisfactions des usagers ou des proches — de représenter les usagers ou les proches, de dénoncer les situations de maltraitance dont ils ont été témoins ou d'exprimer leurs demandes de changements. Il s'agissait aussi d'une occasion, pour les membres, de recevoir des informations de la part des dirigeants et, si c'était nécessaire, de les remettre en cause.

En documentant ce que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations de maltraitance, nous avons pu mettre en lumière les rapports de pouvoir, qui ont cours dans les échanges entre les comités et les directions, les représentants de la direction ou les commissaires aux plaintes, en fonction de leurs stratégies. De façon plus précise, nous avons vu que, dans certaines situations, pour forcer un changement, des membres mettent en œuvre des stratégies offensives : ils attirent l'attention des membres du CA, de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire sur des

problèmes négligés ou ignorés (Gagnon et al., 2014) — ils les font voir à ces personnes (situation 5 du CU 1; situation 6 du CU 2; situation 5 du CU 3); ils prennent position, vis-à-vis des décisions prises, surtout lorsque celles-ci ne respectent pas les besoins, les droits ou les intérêts des usagers — qu'ils ne sont pas en accord avec ces décisions (situation 6 du CU 3); ils font voir autrement les problèmes, en mettant de l'avant les intérêts des usagers et en partageant et en faisant comprendre leur réalité, leurs malaises, afin qu'ils aient une perspective plus large des problèmes — à ne pas voir seulement la réalité des coupes budgétaires par exemple, et de prendre en compte les préoccupations humaines (situation 6 du CU 3); ou ils amènent la direction à regarder, en profondeur, ce qui se passe dans l'organisation, pour constater les problèmes (situation 7 du CU 3). Simultanément, ces membres mettent en œuvre des stratégies défensives : ils proposent des mesures ou des solutions pour corriger les problèmes, ou des moyens pour amenuiser la gravité des situations ou les désagréments vécus (situation 5 du CU 1; situation 5 et 6 du CU 3); ou amènent la direction ou les représentants de la direction, à exposer leurs différentes possibilités pour corriger les situations — et s'ils ne sont pas en accord, les membres les remettent en cause (situation 7 du CU 3). De telles stratégies favorisent l'autonomie des comités dans la défense des droits des usagers, dont leur capacité à influencer le cours des choses.

Enfin, toujours en regard du deuxième objectif, la recherche a permis de documenter ce que font les membres des CU pour s'assurer de la mise en œuvre des changements dans les milieux. Nous avons vu que des membres des trois CU ont observé ce qui se passait dans les établissements, et ont écouté et questionné les usagers ou les membres de famille pour voir si les problèmes se corrigeaient ou perduraient. La présence des

membres dans les établissements a aussi permis à certains d'entre eux de constater la mise en place des mesures correctives par les autorités. À l'inverse, des membres de la direction ont tenu informés les comités de ces mesures. Dans les trois CU, tant qu'un problème « collectif » n'est pas corrigé, les membres le remettent à l'ordre du jour lors de leurs rencontres de comités, pour en discuter avec les autorités concernées. Le suivi des situations ou des problèmes, par les CU, est essentiel, car lorsqu'ils les portent à l'attention de la direction, et qu'ils proposent des mesures ou des solutions pour les corriger et améliorer la qualité, les changements peuvent ne pas se faire instantanément. Il peut y avoir une certaine lenteur dans leur mise en œuvre, étant donné la lourdeur des mécanismes et des procédures des établissements. Le suivi permet donc, entre autres, de s'assurer que les changements annoncés ou prévus soient bel et bien mis en œuvre. La coordonnatrice du CU 1 assure aussi un suivi des situations de maltraitance « individuelles », en s'informant auprès des personnes insatisfaites des suites et des fins des plaintes qui ont été déposées, pour savoir si elles ont obtenu satisfaction — ce qui n'a pas été mentionné dans les CU 2 et 3.

Les résultats découlant de l'objectif 2, sur les actions que mènent les comités pour recevoir et traiter les situations de maltraitance, dont celles commises envers les aînés, pourraient être utiles afin de faire connaître les CU comme mécanisme de défense des droits des usagers, mais aussi de lutte contre la maltraitance, aux usagers, aux proches, aux membres du personnel et à la population en général — faire connaître ce qu'ils font vraiment. Ces résultats pourraient inciter davantage, nous l'espérons, les individus à dénoncer ou signaler les situations aux comités ou inciter les témoins de ces actes à le faire.

Le troisième objectif de la recherche visait à poser la portée et les limites des actions des CU dans leur traitement des situations de maltraitance et à émettre des recommandations pour aider les comités à les surmonter. Nous avons documenté, dans un premier temps, les facteurs qui favorisent ce traitement des situations de maltraitance par les membres, ainsi que leur autonomie (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). Ceux-ci s'inscrivent dans les modes de fonctionnement des comités (tels leur présence et leur enracinement au sein des établissements, l'animation et le déroulement des rencontres, le suivi des dossiers et les outils pour le faire [ex. l'ordre du jour], la présence des représentants de la direction ou des invités à ces rencontres, les moyens ou les outils à leur disposition), dans leur travail en réseau (telle la concertation et les échanges entre les comités, la participation à des formations ou à des colloques, la consultation de différentes ressources, dont l'avocate du CSSS ou les regroupements provinciaux des CU), aux relations qu'entretiennent les comités avec la direction, les représentants de la direction ou la commissaire (des relations basées sur de la confiance et de la crédibilité [Bordeleau et Gagnon, 2013]), et à ce qui est propre aux membres des comités (à leurs motivations, à leur sensibilité à l'égard de ce que vivent les usagers ou les proches).

Ces facteurs aident les comités à avoir l'autonomie nécessaire pour remplir leur rôle de défense des droits des usagers dans les établissements : pour dénoncer les problèmes, poser des questions, proposer des mesures ou des solutions, pour faire des « pressions » pour forcer les changements ou qu'ils soient faits plus rapidement, et pour faire réellement une différence dans les milieux (Bordeleau et Gagnon, 2013) pour les usagers ou les proches. Cette étude a montré que, souvent, les membres des comités parviennent à influencer le cours des choses dans les établissements, puisque la plupart des

problèmes qu'ils portent à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire sont pris en compte ou se règlent; c'est-à-dire que les usagers ou les proches sont satisfaits des changements apportés ou des recommandations, trouvent que les situations se sont améliorées, et certains d'entre eux se sentent heureux ou en sécurité. Les effets du travail de défense des droits des comités sont donc réels. Les membres contribuent à améliorer le bien-être et la qualité de vie des usagers et de leurs proches (à faire respecter leurs volontés et leurs droits), mais aussi la qualité des services dans les établissements.

Toujours en regard du troisième objectif, la recherche, dans un deuxième temps, a permis de mettre en lumière les limites que rencontrent les membres dans leur traitement des situations de maltraitance et dans leur autonomie (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013). Ces facteurs ont trait à leur reconnaissance dans les établissements (ex. à leur difficulté de circuler librement sur les unités des CHSLD, de mettre en place des moyens pour promouvoir les comités et leur rôle, d'être informés rapidement des situations de maltraitance par la direction), à l'appropriation pour certains membres de leur rôle de défense des droits (ex. pour détecter ou nommer les situations), à des difficultés dans leurs modes de fonctionnement, notamment pour recevoir et traiter les situations de maltraitance (ex. la confidentialité, la montée en généralité, les suivis des situations), et à la peur des représailles vécue par les usagers ou les proches, dont les membres des CU.

Nous avons vu, dans la première partie de la discussion, que les facteurs qui favorisent ou limitent le traitement des situations de maltraitance par les CU, peuvent influencer leur capacité à mobiliser certaines sources de pouvoirs dans les établissements, soit celle

qui découle de l'existence de règles structurelles ou organisationnelles (ou de lois), celle liée à la maîtrise des informations et de la communication, celle qui découle de la maîtrise d'une compétence particulière ou de la spécialisation fonctionnelle, celle liée aux relations entre l'organisation et son (ou ses) environnement (Crozier et Friedberg, 1977), et celle qui a trait à la volonté des membres des comités. Les membres n'ont effectivement pas toujours accès à ces pouvoirs, ou ne parviennent pas toujours à les avoir, pour bien traiter les situations et obtenir du changement.

### ***8.2.2 Les recommandations pour la pratique***

Pour aider les comités à surmonter les limites qu'ils rencontrent, nous proposons quelques recommandations; certaines portant sur des questions majeures (formation, enquête au sein des établissements, observation, analyse des situations, confidentialité, représailles), et d'autres sur des points plus mineurs (situation du local dans l'établissement).

#### *Les recommandations portant sur des questions majeures*

Recommandation 1 : Former les CU et les CR sur la maltraitance, dont sur la maltraitance envers les aînés et sa terminologie

Les membres des comités emploient généralement des adjectifs (ex. une situation dangereuse), des noms (ex. une situation d'une tristesse absolue), des verbes (ex. une situation qui doit être dénoncée) ou des expressions (ex. ça n'a pas de bon sens) autres que ceux ayant trait explicitement à la maltraitance envers les aînés (violence ou négligence) (33/69 situations) pour qualifier les situations préjudiciables qui leur sont soumises, celles dont ils sont témoins ou qu'ils expérimentent eux-mêmes en tant que résidents. Les membres ont aussi tendance à décrire les comportements qui sont jugés

inadéquats ou inacceptables (22/69 situations). Deux présidents de CU (2 et 3) ont avoué ne pas utiliser le mot maltraitance, étant donné qu'ils y sont peu familiers ou qu'ils considèrent ce mot trop fort pour qualifier les situations.

Ces résultats montrent qu'il serait important que les membres des CU et des CR soient formés sur la maltraitance, dont sur la maltraitance envers les aînés et sa terminologie — leur rôle de défense des droits s'avère un moyen de prévenir et contrer la maltraitance dans les établissements. En les formant, les membres pourraient mieux comprendre ce qu'est la maltraitance, dont la maltraitance envers les aînés (formes, types, exemples de comportements ou d'attitudes, indices, etc.), reconnaître plus facilement les situations dans les milieux — voir que la maltraitance ne renvoie pas seulement à de la violence physique extrême, et être plus familiers au vocabulaire de la maltraitance, dont celui de la maltraitance envers les aînés, pour s'armer de mots pour qualifier les situations porter à leur attention (ex. avoir les mots justes pour décrire les problèmes), mais aussi analyser leurs causes pour proposer des correctifs ou les prévenir.

La présente étude a permis de documenter en profondeur 69 situations de maltraitance qui ont été portées à l'attention des comités. Ces résultats pourraient être utilisés pour sensibiliser et former les CU et les CR sur le sujet, en donnant des exemples concrets.

#### Recommandation 2 : Former et outiller les CU et les CR sur la détection de la maltraitance

Pour être mis au courant des situations de maltraitance, dont celles commises envers les aînés, dans les établissements, les membres des CU mettent en place divers moyens d'informations et de signalement des situations formels et informels, qui leur permettent d'observer ce qui se passe dans les milieux, d'écouter et d'échanger avec les usagers, les



proches et les membres du personnel. La présidente du CU 2 a toutefois mis en évidence le besoin, pour les membres des CR, d'être outillé pour savoir quoi observer dans les milieux ou quoi écouter pour recueillir les situations de maltraitance, pour avoir de vraies données, des faits, pour ensuite les traiter.

Ces résultats montrent l'importance de former et d'outiller les membres des comités sur la détection de la maltraitance, dont celle dirigée à l'endroit des aînés — par de l'observation, de l'écoute, des échanges, pour qu'ils puissent développer leurs habiletés. Cela est important, car la détection rapide d'une situation préjudiciable, commise envers un aîné notamment, permettrait de la contrer, de prévenir son aggravation et d'inciter à sa dénonciation (MFA, 2010).

Recommandation 3 : S'assurer de faire connaître les CU et les CR, ainsi que leur rôle, aux membres du personnel

Les membres des comités doivent pouvoir circuler librement sur les unités des CHSLD pour y recueillir les insatisfactions des résidents ou être témoins de situations de maltraitance, de manière formelle, mais aussi informelle, en observant, en écoutant ou en échangeant avec les résidents ou les membres de famille (sans avoir nécessairement entre les mains les textes de Noël par exemple). Cela leur est notamment nécessaire pour prendre connaissance de ce que vivent les résidents qui sont isolés, sans voix ou sans visite.

Cette étude a toutefois montré que les membres du personnel ne connaissent pas tous les membres qui composent les CU et les CR, ainsi que le rôle de ces comités dans les établissements, ce qui limite leur possibilité de circuler librement sur les unités des CHSLD pour recueillir les situations de maltraitance (ex. pour réaliser des observations).

Un membre du CU 3 a effectivement mentionné que si les membres n'ont pas d'informations à fournir aux résidents ou des activités ou des animations à réaliser, il n'a pas la certitude que leur présence sera bienvenue sur les unités.

Il semble alors important que les membres parviennent à mieux se faire connaître des membres du personnel : l'existence des comités, les membres qui les composent, leur rôle de défense des droits et de lutte contre la maltraitance, le soutien qu'ils peuvent apporter aux résidents ou aux membres de famille.

Comme les membres semblent déjà être présents régulièrement dans les milieux et qu'ils mettent déjà en place divers moyens d'information et de signalement des situations pour se faire connaître, il apparaît que les membres devraient aller à la rencontre du personnel pour se présenter.

Le directeur général du CSSS devrait aussi mieux faire connaître ces comités aux membres du personnel. Il a d'ailleurs la responsabilité de promouvoir l'existence des comités auprès des intervenants de l'établissement (MSSS, 2006a).

**Recommandation 4 : Varier les moments d'observation, d'écoute et d'échange formel ou informel au sein des établissements pour découvrir la nature collective et répétitive de la maltraitance**

Pour que les membres des CU traitent les situations de maltraitance en comité (collectivement), c'est-à-dire pour qu'ils imaginent et trouvent ensemble des mesures ou des solutions pour les corriger, et qu'ils préparent une argumentation pour les dénoncer à la direction, aux représentants de la direction ou à la commissaire aux plaintes, il est important pour eux de pouvoir prouver leur nature collective (ou leur portée plus générale) ou répétitive.

Pour ce faire, il semble important que les membres varient leurs moments d'observation, d'écoute et d'échange formel ou informel avec les usagers, les proches ou les membres du personnel, c'est-à-dire pas toujours aux mêmes heures ni aux mêmes jours de la semaine, pour pouvoir détecter cette nature collective (ou cette portée plus générale) ou répétitive des situations.

#### Recommandation 5 : Davantage structurer les discussions et les analyses des situations de maltraitance

Le nombre de rencontres annuelles des CU varie entre huit et neuf pour les CU 1 et 3, et entre quatre et cinq pour le CU 2. Les membres trouvent ces rencontres un peu trop longues (elles durent en moyenne de 3 à 6 heures), puisque c'est difficile pour eux de rester attentifs après quelques heures de réunions (fatigue).

Les nombreux sujets à traiter inscrits à l'ordre du jour font aussi en sorte que les échanges et les analyses les concernant se font souvent rapidement. Même si les présidents des comités veillent à ce que le temps prévu pour chacun des points à l'ordre du jour soit respecté, les membres manquent de temps pour dénoncer ou faire le suivi des situations de maltraitance auprès de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes lors de leurs réunions. Il apparaît alors essentiel que les membres apprennent à traiter moins de situations, mais de manière plus approfondie, et à structurer leurs discussions et leurs analyses des situations de maltraitance — elles sont le cœur de leurs actions de défense des droits.

Recommandation 6 : S'assurer que les membres des CU échangent sur leur rôle de défense des droits et le fonctionnement des comités pour le remplir

Les membres des comités ont besoin d'avoir un temps pour échanger sur leur rôle de défense des droits des usagers et leur fonctionnement pour le remplir. Ces modes de fonctionnement sont habituellement calqués sur ce qui est suggéré dans le *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les CU et les CR*. Ce temps d'échange permet aux membres de s'approprier collectivement ce rôle, de le clarifier et de s'ajuster (ex. en développant des outils pour s'aider à le remplir).

Dans cette étude par exemple, des membres ont pris connaissance, ensemble, du besoin de développer des plans d'action et des outils pour rendre plus clairs les dossiers qu'ils veulent traiter au cours de l'année, et les objectiver, en les définissant et en leur donnant une forme concrète (comment ils vont les traiter).

D'autres membres ont mentionné l'importance de développer des outils pour assurer le suivi des situations de maltraitance, soit des grilles dans lesquelles ils pourraient inscrire les problèmes et noter les propositions qui ont été faites, les actions à entreprendre, les membres responsables de mettre en œuvre ces actions, et leur cheminement jusqu'à ce qu'elles soient complétées, pour éviter le non-traitement des situations.

Il apparaît donc important que les membres des comités s'assurent d'avoir un temps, assez régulièrement, pour discuter des différents aspects de leur fonctionnement, telle la manière dont les situations de maltraitance sont reçues et traitées (ex. l'appropriation de l'information, la montée en généralité, le respect de la confidentialité, la construction

d'une argumentation, la dénonciation aux autorités concernées, le suivi des situations) (Gagnon et al., 2012) pour vérifier leur efficacité, et développer des outils pour s'aider.

Il peut aussi être intéressant pour les comités d'échanger avec d'autres comités pour prendre connaissance de divers aspects de leur fonctionnement, d'avoir des idées, ou de demander conseil aux regroupements provinciaux des CU.

La présente étude documente le fonctionnement de trois comités dans le traitement des situations de maltraitance. Elle pourra ainsi donner des idées aux CU et aux CR pour enrichir leur fonctionnement dans la défense des droits.

#### Recommandation 7 : Favoriser le travail en réseau pour traiter les situations de maltraitance

Les situations de maltraitance dont sont informés, témoins ou vivent eux-mêmes les membres des CU ou des CR sont souvent complexes (collectives, multidimensionnelles).

Les membres des CU, qui siègent aussi à un CR, ont mentionné avoir besoin d'un temps d'échange « autre » que les rencontres des CU pour arriver à comprendre ces situations de maltraitance (les situations similaires auxquelles ils sont confrontés dans les différents CHSLD qu'ils représentent), et pouvoir les traiter (prendre le temps de les analyser en profondeur pour les comprendre, imaginer des mesures ou des solutions qui répondent aux besoins, construire leur argumentation et leur position collective). Dans le CU 3, les membres, qui siègent aussi à un CR, sont en train de créer un comité où ils pourront se réunir pour échanger sur ces situations. Ils veulent, à la suite de ces échanges, pouvoir faire un suivi au CU, et si nécessaire, obtenir son appui ou son soutien pour la dénonciation des situations à la direction ou à la commissaire aux plaintes. Ce

travail en amont des réunions des CU contribuerait aussi à structurer les discussions autour des situations de maltraitance lors des rencontres.

Lorsque les membres des CR ont de la difficulté à imaginer des mesures ou des solutions à un problème, qui répondent aux besoins des usagers ou des proches, le membre, qui représente ce comité, porte à l'attention du CU la situation, pour qu'ensemble, ils s'y penchent.

Lorsque les membres des CU ou des CR participent aux activités des regroupements régionaux ou provinciaux des comités, ou qu'ils échangent avec des comités d'autres CSSS, ils obtiennent aussi des informations, des idées, des conseils riches pour les aider dans cette tâche (pour imaginer des mesures ou des solutions aux problèmes).

Les membres des comités ont donc intérêt à entretenir des contacts avec les comités de leur CSSS, ceux des autres CSSS et avec les regroupements régionaux ou provinciaux des comités, de favoriser un travail en réseau, pour traiter les situations de maltraitance.

De plus, le comité de vigilance et de la qualité vise à assurer auprès du CA le suivi des recommandations de la commissaire notamment relativement aux plaintes formulées ou aux interventions effectuées (art. 181.0.1, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017). Or, lorsqu'un membre du CU y siège, les informations qu'il obtient s'inscrivent aussi directement dans son rôle de CU, dont le suivi des situations ou des recommandations. Ces informations peuvent donc être pertinentes pour les deux comités.

Les membres des comités font aussi parfois appel à l'avocate du CSSS ou aux regroupements provinciaux des CU pour les aider à comprendre la façon dont les

problèmes affectent les droits des usagers, et ainsi pouvoir mieux faire valoir ces violations dans leurs échanges avec la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes.

Enfin, nos résultats ont montré que les membres des comités ou leur coordonnatrice n'ont pas orienté d'usagers ou de membres de leur famille vers le CAAP ou le Curateur public. Il s'agit peut-être de liens qui mériteraient d'être renforcés.

**Recommandation 8 : S'assurer de connaître les limites de confidentialité des divers comités au sein desquels siègent les membres des CU**

Lorsqu'un membre du CU siège au CA de l'établissement ou au comité de vigilance et de la qualité notamment, il a du mal à savoir ce qu'il peut ou non partager aux autres membres du CU concernant les situations de maltraitance dont il a été informé lors de leurs réunions. Ce qui le rend mal à l'aise.

Il semble alors important que le membre du CU s'assure de connaître les limites de confidentialité au sein de ces comités (ex. au CA, au comité de vigilance) concernant les situations de maltraitance, pour qu'il puisse fournir l'information pertinente et possible aux autres membres du CU, et qu'il se sente bien de le faire.

**Recommandation 9 : Réduire la peur des représailles**

Une des difficultés des CU à être informés des situations de maltraitance dans les établissements est la peur des représailles vécue par les usagers ou les proches. Ces personnes ne veulent effectivement pas dénoncer les situations, car elles ont peur que la situation s'aggrave si elles le font — un usager qui dénonce un comportement de négligence d'un membre du personnel peut avoir peur que cette négligence soit pire, ultérieurement, du fait de sa dénonciation par exemple.

La peur des représailles peut aussi être vécue par les membres des CU qui sont des proches. Ils ne veulent pas porter à l'attention des autorités concernées les situations de maltraitance dont ils sont témoins en accompagnant leur personne hébergée, par peur que cette dernière subisse des représailles découlant de leur dénonciation.

Il est donc très important que des mesures soient prises pour réduire cette peur des représailles dans les établissements, comme d'assurer la confidentialité des personnes qui dénoncent ou signalent les situations (anonymat, montée en généralité), ou comme le souligne Gagnon et al. (2012), de demander à la direction d'envoyer un message clair aux membres du personnel, dont aux membres de la direction, qu'aucune forme de représailles sera tolérée.

#### *Recommandations portant sur des points plus mineurs*

Recommandation 10 : S'assurer de faire comprendre le rôle de défense individuelle et collective des droits des CU à la direction

Cette étude a montré que des directions des établissements ont une certaine incompréhension de ce qu'implique le rôle des comités dans la défense des droits des usagers, ce qui fait qu'elles ne remplissent pas toujours de la « bonne façon » leurs obligations à leur égard.

Par exemple, la LSSSS précise que la direction doit permettre aux comités d'utiliser un local pour réaliser leurs activités (art. 211, LSSSS, Gouvernement du Québec, 2017); les membres ont bel et bien accès à un tel local. Toutefois, le bureau du CU 1 est situé dans un endroit isolé du CSSS, soit sur les étages supérieurs d'un centre hospitalier. Ce fait montre, d'une part, que la direction « n'a pas pensé » au besoin qu'ont les usagers ou leurs proches d'avoir facilement accès au bureau du comité pour y déposer leurs



insatisfactions, surtout pour les usagers qui ont des limitations physiques. D'autre part, ce fait montre que la direction « n'a pas nécessairement conscience » que les membres des comités peuvent vivre certaines situations délicates, comme de la violence et de l'agressivité, de la part des usagers ou des proches insatisfaits, qui viennent dénoncer ou signaler les problèmes au bureau du CU.

Les membres des comités peuvent aussi utiliser des moyens de communication, pour recevoir et traiter les situations de maltraitance, mais ils n'ont pas accès, de façon autonome, aux services de l'aide technique du CSSS lorsqu'ils éprouvent des problèmes (ex. avec leur adresse de messagerie), car ils ne sont pas des « employés » de l'établissement. Pour obtenir une telle aide, il faut que le représentant du CSSS demande au personnel du service technique de considérer les demandes des membres, et de corriger leurs problèmes. Ce manque d'autonomie contribue à miner les motivations des membres, qui ont l'impression de manquer de considération. Il semble alors important que les membres puissent prendre une entente avec les établissements pour pouvoir avoir accès de façon autonome à cette aide technique.

La direction a également la responsabilité de promouvoir l'existence des comités auprès des intervenants de l'établissement (MSSS, 2006a). Cette recherche a toutefois révélé une situation où les membres du CU 1 ont eu du mal à intégrer leur dépliant dans les pochettes d'accueil des nouveaux employés. La direction ne voyait pas l'importance d'y insérer un tel dépliant. Elle ne comprenait pas la portée de cette action — que les employés doivent avoir les informations nécessaires pour référer les personnes insatisfaites au CU (ex. leurs coordonnées).

La direction a aussi la responsabilité de solliciter la participation des comités là où la représentation des usagers est pertinente (MSSS, 2006a). Cette étude a cependant montré que la direction n'informe pas toujours « rapidement » les membres des situations de maltraitance vécues par les usagers. Cela fait en sorte que les membres ont du mal à remplir leur rôle de représentants d'usagers, entre autres, lorsqu'ils se font poser des questions par les usagers ou les membres de famille. Ils ne peuvent effectivement pas les informer adéquatement sur ce qui s'est passé ou sur les mesures prévues par l'établissement pour éviter que de telles situations se reproduisent.

Les membres des comités devraient donc mieux faire connaître leur rôle de défense individuelle (accompagnement) ou collective des droits des usagers aux membres de la direction. Le MSSS devrait aussi sensibiliser davantage les directions à ce sujet pour qu'elles puissent leur offrir encore de meilleures conditions de participation.

En somme, l'ensemble des recommandations présentées ci-dessus montre que pour bien traiter les situations de maltraitance et obtenir du changement, les membres des CU doivent pouvoir interroger, avoir l'information, pour analyser, comprendre et trouver des solutions.

Les résultats découlant de l'objectif 3, sur la portée et les limites des actions des CU dans leur traitement des situations de maltraitance, et les recommandations émises, pourraient être utilisés par les CU et les CR, s'ils le désirent, pour enrichir, améliorer ou bonifier leurs actions défense des droits des usagers et leur autonomie.

### ***8.2.3 La réflexion sur la bientraitance***

Dans cette partie de la thèse, nous présentons ce qu'est la bientraitance et ses liens avec la maltraitance, afin de pousser plus loin la réflexion — de voir comment les actions de défense des droits des CU peuvent s'inscrire non seulement dans une perspective de lutte contre la maltraitance, dont celle commise à l'endroit des aînés, dans les établissements, mais tendre aussi vers une perspective plus large de promotion de la bientraitance. Cela nous amène, en quelque sorte, à formuler une recommandation supplémentaire à celles émises dans la partie précédente — soit l'importance que les comités élargissent leur perspective à la bientraitance; qu'ils ne pensent pas exclusivement en termes de lutte contre la maltraitance, mais aussi de promotion de la bientraitance.

La bientraitance ne fait pas souvent l'objet de clarification conceptuelle, ce qui amène Beaulieu et Crevier (2010) à affirmer qu'il n'y a pas d'équivalent en anglais, à part « les références aux bons soins (good care ou good cure), aux meilleures pratiques (best practices) ou aux [pratiques dont on a démontré la valeur ou l'efficacité] (evidence based practices) » (p.72), qui mettent l'accent sur le geste (son efficacité), mais ne s'attardent pas à la visée éthique (dignité, sécurité, contrôle, intimité, confort), ni aux effets sur la personne concernée.

La définition de la bientraitance retenue est celle proposée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (2008), puisqu'elle situe la bientraitance en lien avec la maltraitance :

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une

recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous » (p. 1).

Ainsi, la bientraitance se traduit par des approches développées en amont, mais aussi en aval du problème, dans un contexte donné (perspectives historique et socioculturelle), qui exprime la volonté d'encourager de bonnes pratiques et de bonnes attitudes, pour la personne elle-même ou pour les autres (Beaulieu et Crevier, 2010). Pour Moulias, Moulias et Busby (2010), la bientraitance concerne « l'accompagnement [de l'utilisateur par exemple] en situation de dépendance, qui ne peut vivre sans l'aide d'autrui, qui ne peut exercer par [lui]-même ses droits de citoyen » (p. 11). Un point de convergence se dessine alors entre les actions s'appliquant à promouvoir la bientraitance — comme valeur suprême dans le soin et le soutien aux aînés, et à contrer la maltraitance — en vue d'éradiquer un problème de société (Beaulieu et Crevier, 2010).

L'article 48 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, qui traite explicitement de la protection des aînés contre l'exploitation, permet de poser le problème à la fois en terme de lutte contre la maltraitance, mais également

« de promotion de la reconnaissance [de la personne] par l'exercice des droits et libertés fondamentaux, du droit à l'égalité, des droits judiciaires, des droits économiques et sociaux et (...) des droits de la personne âgée en droit international » (Beaulieu et Crevier, 2010, p. 83).

Dans une perspective de bientraitance, la visée éthique se traduit par la volonté d'humaniser les soins (Beaulieu et Crevier, 2010; Lalonde et Roux-Dufort, 2012). Du côté de l'exercice de la protection contre la maltraitance, la visée éthique est celle du respect de l'autodétermination des aînés — nécessaire dans l'intervention (Beaulieu et Crevier, 2010; MFA, 2010).

Dans cette étude, nous avons vu que pour défendre les droits des usagers, les membres des CU mettent en œuvre différentes actions pour : s'informer des insatisfactions des usagers ou de leurs proches — des situations problématiques ou de maltraitance (les recevoir, être mis au courant, en être témoins, etc.); prendre connaissance des faits et les analyser, pour convaincre la direction, les représentants de la direction ou la commissaire aux plaintes de la fréquence ou de la gravité des problèmes, ou pour proposer des mesures ou des solutions (ou pour informer les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction — sur demande); les porter à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire et revendiquer un changement; et s'assurer de la mise en œuvre des changements. Ces actions des CU peuvent s'inscrire non seulement dans une perspective de lutte contre la maltraitance, dont celle envers les aînés, dans les milieux, mais tendre également vers une perspective plus large de promotion de la bientraitance.

Par exemple, lorsque les membres des CU s'informent des insatisfactions des usagers ou des proches — qu'ils assurent une présence régulière au sein des établissements et qu'ils mettent en œuvre des moyens d'information et de signalement des situations formels et informels notamment, cela leur permet d'être témoins des problèmes dans les milieux, mais aussi d'en être informés par les usagers ou leurs proches. Ils veillent effectivement à ce que les usagers ou les proches puissent, s'ils le désirent, dénoncer les situations préjudiciables en mettant à leur portée des moyens pour le faire (par écrit ou verbalement par exemple), et en les faisant connaître. Les membres s'intéressent aussi à ce que vivent les usagers ou les proches, et se rendent disponibles pour les écouter — pour écouter les personnes qui dénoncent les problèmes et ainsi mieux comprendre leur

« réalité » (pourquoi les problèmes leurs causes des malaises et leur importance pour eux), ou lorsqu'ils échangent de façon informelle avec eux. Ils offrent ainsi aux usagers ou aux proches une opportunité de briser leur isolement, de s'exprimer, d'être écoutés et considérés, et plus tard, d'être soutenus dans leurs démarches ou représentés. Les comités sont, en quelque sorte, un « soutien social » — ils aident les usagers ou les proches à briser leur isolement, et ce, afin qu'ils soient mieux protégés contre la maltraitance, et s'assurent de leur bien-être (en les écoutant, en les considérant, etc.). Il pourrait aussi être intéressant pour les comités de profiter de ces moments d'écoute ou d'échange avec les usagers ou les proches, pour s'informer des bonnes pratiques ou des bons services dans les milieux — ils pourraient les promouvoir ou les faire connaître dans les établissements, ou les faire entendre aux autorités, entre autres, pour améliorer les situations problématiques ou les prévenir.

Lorsque les membres des comités prennent connaissance des faits et les analysent — qu'ils se préparent à porter à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes des problèmes concrets dans les milieux, en développant leur compréhension collective, ils réfléchissent et échangent entre eux sur les problèmes (leur nature, leurs causes, leur portée pour tous les usagers, leur fréquence et leurs conséquences), et généralement, les documentent. Cela leur permet de s'approprier les paroles des usagers ou des proches à défendre, pour pouvoir bien transmettre leur réalité et porter leur parole collective. Ils imaginent et établissent aussi les demandes à faire pour corriger les problèmes ou diminuer les désagréments — des demandes en fonction des besoins, des intérêts et des droits des usagers ou des proches. Les membres sont donc solidaires pour assurer les intérêts des usagers ou des proches —

ils réfléchissent, ensemble, aux meilleures représentations ou dénonciations à faire, aux meilleures demandes de changements à formuler, pour répondre à leurs besoins, assurer leur bien-être et leur dignité. L'analyse des problèmes aide les membres à avoir confiance en leurs dénonciations et à être plus convaincants. Les informations à fournir aux autorités sont plus claires, ce qui leur permet de mieux expliquer leurs dénonciations ou leurs demandes de changements, ainsi que l'urgence d'agir — l'urgence de corriger ou de prévenir les situations problématiques pour « bien traiter » les usagers ou les proches, et ce, afin d'amenuiser leur mal-être ou leurs souffrances. Les membres contribuent ainsi à redonner du sens aux organisations, aux services et aux pratiques, car ils réintroduisent des préoccupations humaines et morales dans les établissements (en transmettant la « réalité » des usagers ou des proches, en la mettant de l'avant, ainsi que la nécessité de corriger les problèmes) — des préoccupations qui sont souvent occultées par des considérations économiques ou organisationnelles (Gagnon et al., 2014).

Lorsque des membres des CU et la coordonnatrice du CU 1 réalisent un accompagnement individuel — qu'ils informent les usagers ou leurs proches sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction, qu'ils les aident, lorsque c'est leur souhait, dans la rédaction de la plainte ou de l'insatisfaction (en détaillant ensemble le problème et son importance pour eux), et pour son acheminement à la direction, à la commissaire ou au médecin examinateur, cela contribue à ce que les usagers ou les proches aient un accès facilité à de l'information adaptée à leurs besoins, sur leurs droits et obligations, mais aussi sur les recours dont ils peuvent disposer. Cela permet aussi aux usagers ou aux proches plus vulnérables d'exercer leurs droits dans des situations préjudiciables, d'exprimer leurs volontés et de mettre en œuvre des moyens

pour les faire respecter (Dorvil, 2005). Ils sont ainsi accompagnés et outillés dans leurs démarches, et ce, dans le respect de leurs choix, de leur autodétermination, de leur autonomie.

Lorsque les membres des CU revendiquent un changement — qu'ils portent les insatisfactions des usagers ou des proches à l'attention de la direction, des représentants de la direction ou de la commissaire aux plaintes; qu'ils révèlent des problèmes qui ne sont pas censés être dans les établissements, car ils causent du tort ou de la détresse aux usagers ou aux proches, et le besoin de les corriger; et qu'ils expliquent leurs demandes de changements — en fonction des besoins, des intérêts et des droits des usagers ou des proches, ils empêchent, d'une certaine façon, les autorités de se contenter des façons habituelles de voir, de traiter et de prioriser les problèmes (Gagnon et al., 2014). Lorsque les demandes de changements des membres sont prises en compte ou satisfaites par l'établissement, et que les problèmes se règlent, les CU contribuent à améliorer le bien-être et la qualité de vie des usagers ou des proches — à faire respecter leurs volontés et leurs droits, et la qualité des services dans les milieux — en assurant, d'une certaine façon, le confort et la sécurité des usagers.

Or, lorsque les membres des comités mettent en œuvre leurs actions de défense des droits usagers, ils contribuent à replacer les usagers ou les proches au cœur des préoccupations des établissements, à faire connaître leurs inquiétudes et leurs besoins, à modifier les comportements, à changer le regard porté sur leur réalité (Bordeleau et Gagnon, 2013) — un regard plus sensible ou moral, et à améliorer leur qualité de vie, leur quotidien — par divers changements matériels, techniques ou dans l'organisation du travail par exemple.



En mettant en œuvre leurs actions de défense des droits, les CU ont la volonté de prévenir et de corriger la maltraitance dans les établissements, mais aussi de faire respecter les volontés et les droits des usagers ou des proches (sécurité, dignité, confort), dont ceux des plus vulnérables. Ils leur offrent l'opportunité de briser leur isolement, et d'être soutenus dans leurs démarches ou représentés (lorsque ces derniers ne peuvent pas se défendre par eux-mêmes, qu'ils sont limités par leur condition physique ou cognitive ou ont peur des représailles), et ce, dans le respect de leurs choix, de leur autodétermination, de leur autonomie. Ils ont aussi le souci de trouver des mesures ou des solutions pour corriger les problèmes, en fonction de leurs besoins, de leurs intérêts et de leurs droits. Les CU contribuent ainsi à promouvoir « la reconnaissance des usagers », en considérant et en respectant, ou en faisant valoir ou respecter, leurs volontés et leurs droits, ou en leur permettant, eux-mêmes, d'exercer leurs droits; ce qui peut aussi s'inscrire dans une volonté plus large de promotion de la bientraitance.

Dans le traitement des situations de maltraitance par les CU, il serait donc intéressant de réfléchir à ce que les comités ne pensent pas seulement en termes de lutte contre la maltraitance, mais aussi de promotion de la bientraitance. Dans cette étude, par exemple, nous avons vu qu'il serait utile pour les membres de « s'équiper » intellectuellement ou conceptuellement sur la maltraitance, dont sur la maltraitance envers les aînés et sa terminologie, pour mieux la comprendre, la reconnaître et analyser ses causes pour proposer des correctifs ou la prévenir. Or, il pourrait être tout aussi pertinent pour les comités, de « s'équiper » intellectuellement ou conceptuellement sur la bientraitance — pour penser les situations et leur traitement en termes de bientraitance. Cela pourrait leur permettre de revoir leurs façons de faire pour qu'elles soient encore meilleures — en

s'assurant que leurs actions accomplies ou suggérées conviennent aux usagers ou aux proches; en s'adaptant à leurs préférences et à leur rythme; ou en respectant mieux la confidentialité des propos échangés par exemple (MF, 2017). Cela pourrait aussi leur permettre de proposer des mesures ou des solutions qui soient encore plus en accord avec les besoins et les volontés des usagers ou des proches — en trouvant des mesures ou des solutions avec eux, et non pour eux, par exemple, et en s'inspirant des bonnes pratiques ou des bons services dans les milieux.

## Conclusion

Cette conclusion expose les contributions de la thèse sur le plan théorique, ses forces et ses limites, son originalité sur le plan des connaissances, et propose des perspectives de recherche.

### *Contributions de la thèse sur le plan théorique*

#### *- Usage d'un cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés*

Pour atteindre le premier objectif de la recherche : *faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés portées à la connaissance des CU*, un cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés a été utilisé. Ce cadre s'appuie sur la traduction libre de la définition de la maltraitance envers les aînés proposée par l'OMS, en 2002, adoptée dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*, les éléments centraux de cette définition — soit un geste singulier ou répétitif ou une absence d'action appropriée, fait de façon intentionnelle ou non, au sein d'une relation de confiance, qui cause tort ou de la détresse à une ou des personnes âgées (MF, 2017; Crête et Dufour, 2016; Beaulieu, Bédard et Leboeuf, 2016; Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; Gouvernement de l'Alberta, 2014; Yaffe et Tazkarji, 2012; MFA, 2010; Beaulieu, 2007; Deem, 2000), et sur les travaux du Comité sur la terminologie (2016), qui définissent notamment, les formes de la maltraitance — violence et négligence, ses types — psychologique, physique, sexuel, organisationnel, matériel ou financier, violation des droits et âgisme, et l'intention de la personne maltraitante. Ce cadre a été employé pour repérer, classer et analyser « toutes » les situations problématiques portées à l'attention des CU, que les aînés en soient ou non la cible. Nous avons ainsi fait un usage plus

« ouvert » de ce cadre conceptuel en l’appliquant à toutes les situations portées à la connaissance des CU — au lieu d’un usage « plus étroit », en l’appliquant seulement aux situations problématiques commises envers les aînés. Cela s’est avéré utile pour mieux comprendre en quoi les situations soumises aux CU ou dont ils sont témoins constituent de la « maltraitance » — leur nature, soit les divers rapports au sein desquels elle se produit dans les ESSS, les attitudes et les comportements de violence et de négligence, qui illustrent différents types de maltraitance, et leurs causes — d’identifier les facteurs qui mènent à la maltraitance. Ce cadre conceptuel, et l’usage plus « ouvert » qui en a été fait, ont permis de repérer des situations pour lesquelles les membres des CU n’ont pas du tout utilisé le mot « maltraitance », mais aussi de mettre en lumière des situations que l’on n’associe pas toujours à la maltraitance, du moins à celle dirigée à l’endroit des aînés, tels certains gestes de violence posés par un usager envers un autre usager.

Comme les composantes de ce cadre conceptuel, et la manière dont il a été utilisé dans les analyses ont été bien décrites, il pourrait être employé par d’autres chercheurs.

- *Usage de la démarche stratégique de Crozier et Friedberg (1977) pour mieux comprendre les situations de maltraitance*

Dans le chapitre 6, les situations de maltraitance portées à la connaissance des CU ont été analysées à la lumière de la démarche stratégique de Crozier et Friedberg (1977), afin de documenter les stratégies mises en œuvre par les personnes maltraitantes pour obtenir du pouvoir ou être en position de pouvoir vis-à-vis des personnes maltraitées. La théorie a été appliquée dans les quatre types de rapports suivants : entre un membre du personnel et un usager; entre un membre du personnel et un membre de la famille de l’usager; entre un usager et un membre du personnel; et entre un membre de la famille

d'un usager et l'usager. Dans le rapport entre un usager et un autre usager, il était impossible d'appliquer cette théorie, car dans toutes les situations de maltraitance entre usagers soumises aux CU ou dont ils sont témoins, sans exception, les usagers maltraitants étaient aux prises de déficits psychologiques ou cognitifs importants. Il était donc difficile, voire impossible, de connaître leurs intentions — ce qu'ils cherchaient à obtenir. Cette recherche a démontré que l'usage de la théorie de Crozier et Friedberg (1977), pour documenter « qui se donne du pouvoir sur qui » dans les ESSS, est une avenue intéressante et pertinente pour l'étude de la maltraitance, dont celle commise envers les aînés, car elle a permis de mieux comprendre les dynamiques de ces situations (la nature des contraintes exercées, les raisons pour lesquelles elles sont commises sur les plans individuels et organisationnels, où les acteurs se situent dans ces dynamiques et leurs atouts), de mettre en lumière des stratégies offensives et défensives, qui n'étaient pas encore abordées dans les écrits actuels sur la maltraitance, en plus d'enrichir les connaissances sur des phénomènes moins documentés (McDonald, Beaulieu, Harbison, Hirst, Lowenstein, Podnieks et Wahl, 2012), tels que la maltraitance commise par les usagers.

- *Ajout à la théorie de Crozier et Friedberg (1977) sur les sources de pouvoir dans les organisations*

Dans la première partie de la discussion, les principaux résultats de la recherche ont été repris à la lumière de la théorie de Crozier et Friedberg (1977), sur les sources de pouvoir dans les organisations, afin de dégager celles auxquelles les comités ont accès et qu'ils mobilisent par moment, pour défendre les droits des usagers. Les sources de pouvoir identifiées par ces auteurs sont les suivantes : 1) celle qui découle de l'existence de règles structurelles ou organisationnelles (ou de lois); 2) celle qui apparaît dans la

maîtrise des informations et de la communication; 3) celle qui découle de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle; et 4) celle qui est liée aux relations entre une organisation et son (ou ses) environnement. Aux quatre sources de pouvoir identifiées par Crozier et Friedberg (1977), une cinquième source s'ajoute, qui résulte directement de l'analyse inductive des données, soit celle ayant trait à la volonté des membres des comités. Cette source de pouvoir est essentielle, en effet, pour que les membres défendent réellement les droits des usagers, et qu'ils s'activent à avoir l'autonomie requise pour le faire — pour bien traiter les situations de maltraitance, dont celles commises envers les aînés, et obtenir du changement. Un tel ajout à la théorie de Crozier et Friedberg (1977) témoigne de la richesse des données de l'étude et des analyses qui ont été réalisées.

### ***Forces et limites de l'étude***

#### *- Une limite « théorique » : la documentation des savoirs expérientiels*

Dans cette étude, nous avons vu que les membres des CU sont souvent des personnes scolarisées, et qui ont une connaissance ou une expérience du réseau sociosanitaire — ce qui peut leur être utile dans leurs relations avec les autorités et le pouvoir qu'ils peuvent exercer, pour faire bouger les choses : pour documenter les situations de maltraitance et les expliquer, faire des suggestions pour corriger les problèmes, etc. Toutefois, comme les savoirs d'expériences, qui ne sont pas formellement reconnus, ne sont pas prévus dans la théorie de Crozier et Friedberg (1977), nous avons malheureusement eu moins d'espace pour aller documenter ou fouiller ces savoirs expérientiels. Ce fut la même chose (nous avons rencontré le même problème) pour la documentation des dimensions plus de motivations personnelles des membres des comités.

- *Une force « méthodologique » : des données triangulées ou comparées et des résultats bien appuyés par les propos des participants*

Une des forces méthodologiques indéniables de cette étude est que dans les analyses de contenu par cas et en comparaison intercas, qui ont été réalisées, pour la réponse à chacune des questions de recherche, les données recueillies par les différentes méthodes de collectes de données — observations, entrevues, analyse documentaire, ont été comparées entre elles, mais aussi entre les différentes sources — membres des CU, représentants de la direction, invités aux rencontres des CU, afin de mettre en lumière les données qui se confirmaient et ainsi augmenter la profondeur des analyses. Cette façon de faire a permis d'appuyer les résultats de la recherche, par plusieurs unités d'information (ex. extraits de verbatims), qui proviennent de différentes sources — ce qui contribue à en augmenter la qualité, la pertinence (Yin, 2003). Cette recherche comporte effectivement de nombreuses descriptions, d'exemples, qui relatent les propos des participants, et font que les résultats sont très bien appuyés.

Un nombre élevé de descriptions ou d'exemples, cependant, peut aussi engendrer une limite, soit celle d'avoir l'impression de perdre l'essentiel des résultats. Or, la réalisation de tableaux, à la fin de certaines sections de chapitres, permettait de s'assurer de faire ressortir les principaux résultats — de les mettre en évidence, de façon concise.

### ***Originalité de l'étude sur le plan des connaissances***

- *Contribution originale aux connaissances sur les mécanismes de participation publique*

La mise en place des CU et des CR dans les ESSS, soit des mécanismes de défense des droits des usagers, et l'adoption des deux *Plans d'action gouvernementaux pour contrer*

*la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015 et 2017-2022*, montrent clairement que le gouvernement du Québec souhaite diminuer l'incidence de la maltraitance, dont celle commise envers les aînés, dans le réseau public de santé et de services sociaux. Si les effets de ces mécanismes de prévention et de réaction à la maltraitance ne sont toutefois pas évalués, il est impossible de savoir s'ils permettent réellement d'en réduire l'incidence. La recension des écrits a permis de mettre en lumière que des auteurs s'intéressent aux CU et aux CR comme mécanisme de participation public dans les établissements, de façon plus précise, aux conditions de mise en place de ces comités (Mascova, 2012), à leur mandat, à leur rôle, à leurs fonctions (Bordeleau et Gagnon, 2013; Gagnon et al., 2012; Pomey et al. 2009), à leur autonomie (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013) et à leur influence dans les milieux (Gagnon et al., 2014), mais que peu, voir aucun, s'intéressent au traitement des situations de maltraitance, dont celles dirigées à l'endroit des aînés, par les CU. Cette étude est donc originale et pertinente, socialement et scientifiquement, car elle documente le réel travail des comités dans la défense des droits des usagers (incluant sa portée, ses limites, l'autonomie et le pouvoir des comités), pour prévenir et contrer la maltraitance, et qu'elle propose des recommandations pour aider les comités à mieux exercer leur rôle. Elle pourra inspirer les chercheurs qui désirent évaluer des mécanismes devant prévenir ou contrer la maltraitance — des mécanismes de participation publique ou autres, ou inspirer les comités eux-mêmes, qui désirent évaluer leurs actions de défense des droits des usagers dans la lutte contre la maltraitance, dont celle commise envers les aînés.



- *Contribution originale aux connaissances sur le bénévolat des aînés dans la lutte contre la maltraitance*

Cette étude a permis de décrire et de comprendre le traitement des situations de maltraitance, dont celles dirigées à l'endroit des aînés, par les CU dans le réseau sociosanitaire québécois. Elle contribue, de façon originale, au développement des connaissances sur la participation sociale des aînés, en documentant des pratiques bénévoles inédites; pratiques qui sont majoritairement exercées par des aînés (ex. usagers, membres de famille), au soutien d'autres aînés. C'est un bénévolat particulier, car les bénévoles sont nommés par élection au sein de leur établissement. Par ailleurs, cette recherche contribue au développement des connaissances sur le bénévolat « par et pour des aînés » dans la lutte contre la maltraitance — un phénomène très peu étudié. Beaulieu, D'amours, Crevier, Sévigny, Fortier, Carbonneau et Éthier (2014), en effet, précisent que le bénévolat chez les aînés est un sujet bien documenté au plan scientifique, mais qu'il ne l'est que fort peu dans le champ précis de la lutte contre la maltraitance envers les aînés.

### ***Perspectives de recherche***

- *Refaire la présente étude dans le nouveau contexte du réseau public de santé et de services sociaux*

Depuis la complétion de la collecte des données de cette recherche, soit le premier avril 2015, le gouvernement du Québec a adopté le projet de loi 10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, ainsi que la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. L'adoption de ce projet de loi, et de cette loi, peut avoir influencé le travail

de défense des droits des CU dans les ESSS. En effet, le projet de loi 10, plus précisément, a modifié l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, en fusionnant ou en regroupant des CSSS, et en créant des CISSS et des CIUSSS, mais a aussi modifié la structure de fonctionnement des CU, qui agissent maintenant sous la responsabilité du CU du CISSS ou du CIUSSS (RPCU, 2015; Barrette, 2014). De son côté, la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, a mis en place certaines mesures, dont celle de rendre obligatoire, pour l'ensemble des usagers du réseau sociosanitaire et des professionnels (sauf les avocats et les notaires), le signalement des situations de maltraitance, qui portent atteinte de façon sérieuse à l'intégrité physique et psychologique des personnes hébergées dans les CHSLD et des personnes inaptes (soit celles sous tutelle, curatelle ou dont le mandat de protection a été homologué). Le signalement doit se faire auprès du commissaire de l'établissement, si la personne y reçoit des services, ou au corps de police concerné, dans les autres cas (MF, 2017). Dans ce nouveau contexte de « fonctionnement » et de « signalement obligatoire », il serait pertinent et très intéressant de refaire une étude sur le traitement des situations de maltraitance, dont celles commises envers les aînés, par les CU, pour documenter ce qui a changé (ou non) dans leurs actions de défense des droits, pour prévenir et contrer la maltraitance, mais aussi dans leur autonomie et leur pouvoir — pour voir ce qui se passe maintenant réellement dans les milieux.

- *Recueillir la parole des personnes maltraitées, soutenues et accompagnées*

Dans cette étude, les situations de maltraitance qui ont été portées à la connaissance des CU ont été rapportées, en majorité, par les membres des comités. Il serait pertinent, dans

une autre recherche, de recueillir directement la parole des personnes maltraitées, dont celle des personnes âgées maltraitées, ou à défaut, de celle de leurs proches, pour qu'elles racontent ces situations, mais aussi leur traitement par les CU ou les CR. Les actions des comités répondent-elles vraiment à leurs besoins? Ont-elles un impact dans leur vie? Est-ce que les solutions que les membres ont trouvées sont celles qui leur conviennent? Il manque cette parole aux personnes maltraitées (ou à leurs proches) pour qu'elles puissent elles-mêmes évaluer les mécanismes mis en place pour prévenir et contrer la maltraitance dont elles sont la cible.

- *Faire « d'autres mises à l'épreuve » du cadre conceptuel sur la maltraitance envers les aînés, le revoir ou le discuter*

Dans cette étude, nous avons mis à l'épreuve un « nouveau cadre conceptuel », soit celui de la terminologie québécoise sur la maltraitance envers les personnes âgées. Ce cadre est le fruit d'un travail réflexif entre des experts des domaines de la recherche, de la pratique et de la coordination en matière de lutte contre la maltraitance. À notre connaissance, nous sommes les premiers à l'avoir éprouvé dans un cadre de recherche — en l'utilisant pour repérer classer et analyser « toutes » les situations problématiques portées à la connaissance des CU, que les aînés en soient ou non la cible — pour comprendre en quoi ces situations constituent de la « maltraitance ».

Comme il a été mentionné précédemment, cet usage « élargi » du cadre conceptuel a eu plusieurs avantages — comme de découvrir des situations pour lesquelles les participants n'ont pas du tout utilisé le mot « maltraitance », de mettre en lumière des situations que l'on n'associe pas toujours à la maltraitance, du moins à celle envers les

ânés, comme certains gestes commis par un usager envers un autre usager, et d'avoir une vue d'ensemble plus complète des rapports entre les différents individus et groupes.

Cet usage, toutefois, peut aussi faire l'objet de critiques. Ce cadre, en effet, nous a conduits à traiter « toutes » les situations problématiques portées à l'attention des CU comme de la « maltraitance » — commise envers les ânés ou non. Or, dans cette étude, la très grande extension donnée à la notion de « maltraitance » fait en sorte que la moindre faute ou parole un peu sèche, le moindre comportement inconvenant ou inconfort est qualifié de « maltraitance » et analysé comme tel. Une erreur dans la médication peut avoir des conséquences graves, mais est-ce de la maltraitance pour autant? Ce n'est pourtant pas une conduite qui rabaisse, déconsidère ou place l'autre dans une situation d'infériorité. Des gestes d'impatience envers des personnes, vulnérables de surcroît, sont déplorables, ils méritent d'être relevés, mais faut-il pour autant parler de maltraitance? Sous le mot « maltraitance » peut se retrouver placé tout ce qui est déplacé ou déplorable, et le mot peut, malheureusement, en venir à perdre son sens et sa force. Tout risque de devenir équivalent et de gravité égale, de même importance. Le sens donné à ce mot est pourtant très important — savoir reconnaître la maltraitance est précisément une question au centre de la thèse et au cœur du travail des CU.

En outre, le cadre conceptuel sur la maltraitance envers les ânés est utile pour classer des situations et mieux les comprendre, mais il offre un peu moins d'espace pour un angle plus réflexif, d'analyse pour cerner la gravité des comportements par exemple.

De telles réserves conduisent à revoir ou à discuter le cadre — cette révision, discussion ou critique du cadre ne fait l'objet de la thèse, mais elle sera faite ailleurs, dans un article scientifique, en prenant en compte les résultats de la recherche. D'autres mises à l'épreuve du cadre conceptuel pourraient aussi, d'ailleurs, être faites dans d'autres recherches.

## Références

- Agence de la santé publique du Canada (2012). *Mauvais traitements envers les aînés au Canada : Analyse comparative entre les sexes — Résumé*. En ligne <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillesse-aines/publications/publications-professionnels/mauvais-traitements-envers-aines-canada-analyse-comparative-entre-sexes-resume.html>, consulté le 27 octobre 2017.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis La Plaine: ANESM.
- Alves, L. M., & Wilson, S. R. (2008). The effects of loneliness on telemarketing fraud vulnerability among older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20 (1), 63-85.
- Amyot, J.-J. (2009/1). Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD. *Gérontologie et société*, 32 (128-129), 273-283.
- Assemblée nationale du Québec (2005). *Projet de loi n° 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Association québécoise de gérontologie (2017). *Mission et objectifs*. En ligne <http://www.aqg-quebec.org/a-propos/mission-et-objectifs>, consulté le 31 octobre 2017.
- Baker, M. W. (2007). Elder mistreatment: Risk, vulnerability, and early mortality. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12 (6), 313-321.
- Barette, G. (2014). *Projet de loi n° 10 – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Beaulieu, M. (2007). Maltraitance des personnes âgées. Dans M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (pp. 1145-1163). Acton Vale: Edisem.
- Beaulieu, M. (2012). Contrer la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Bilan historique des politiques publiques et inventaire des principales actions. *Risques & Qualité*, 9 (4), 59-65.
- Beaulieu, M., Bédard, M.-È., & Blain, P. (2015). La lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Bilan et perspectives sous une approche de défense des droits. Dans M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie. Tome 2. Outils et retours d'expériences* (pp. 87-104). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Beaulieu, M., Bédard, M.-È., & Leboeuf, R. (2016). L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance? *Revue Service social*, 61 (2), 38-56.
- Beaulieu, M., Berg, N., & Bédard, M.-È. (2015). Politiques publiques de lutte contre la maltraitance envers les aînés : Une réflexion critique illustrée à partir des dispositifs en Wallonie et au Québec. Dans J.-P. Viriot Durandal, É. Raymond, T. Moulaert & M. Charpentier (Eds.), *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : Pour une perspective internationale* (pp. 57-70). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Beaulieu, M., & Bergeron-Patenaude, J. (2012). *La maltraitance envers les aînés : Changer le regard*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Beaulieu, M., & Caron, F. (2000). La place de la personne aînée dans la définition de son autonomie. *Le Gêrontophile*, 22 (3), 47-56.
- Beaulieu, M., & Crevier, M. (2010/2). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes aînées. Regard analytique sur les politiques publiques au Québec. *Gérontologie et société*, 33 (133), 69-87.
- Beaulieu, M., & Crevier, M. (2013). Quand l'âgisme mène à considérer toutes les personnes aînées comme étant vulnérables et sujettes à la maltraitance. *Vie et Vieillesse*, 11 (1), 5-11.
- Beaulieu, M., D'Amours, M., Crevier, M., Sévigny, A., Fortier, J., Carbonneau, H., & Éthier, S. (2014). Activités, rôle et encadrement des bénévoles engagés dans la lutte contre la maltraitance : L'expérience de l'AEIFA-DIRA. *Vie et Vieillesse*, 11 (3), 21-28.
- Bédard, M.-È., & Beaulieu, M. (2015). La défense des droits des aînés au Québec : Protection et empowerment. *Le sociographe*, 50 (2), 33-42.
- Bédard, M.-È., & Beaulieu, M. (2016). La maltraitance envers les aînés : Parlons de la même chose! *Le Propageur* (décembre), 4-5.
- Bédard, M.-È., Gagnon, É., & Beaulieu, M. (2016). Nature et causes des situations de maltraitance envers les aînés traitées par les comités des usagers : un aperçu des manquements aux droits des usagers. *Vie et vieillesse*, 13(4), 37-43.
- Bénévoles Canada, Financière Manuvie, Centre de recherche et de développement sur le secteur bénévole de l'Université Carleton, & Harris/Decima (2010). *Comblar les lacunes – Enrichir l'expérience bénévole afin d'offrir un avenir meilleur pour nos collectivités : Points saillants d'une étude pancanadienne*. Ottawa: Bénévoles Canada.
- Bergeron, L. R., & Gray, B. (2003). Ethical Dilemmas of Reporting Suspected Elder Abuse. *Social Work*, 48 (1), 96-105.
- Bernard, C., & Ledoyen, A. (2001). *L'exploitation des personnes âgées : Vers un filet de protection resserré. Rapport de consultation et recommandations*. Montréal: Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ).
- Bernard, C., Ledoyen, A., & Rochon, M. (2005). *L'exploitation des personnes âgées. Rapport sur la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport Vers un filet de protection resserré*. Montréal: Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ).
- Bernheim, E. (2009). Le droit à l'information des patients gardés en établissement : Un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen. *Revue de droit de McGill*, 54 (3), 547-577.
- Bernheim, E. (2012). Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins. *Revue de droit de McGill*, 57 (3), 553-594.
- Bordeleau, L., & Gagnon, É. (2013). *Une évaluation des comités de résidents du CSSS de la Vieille-Capitale*. Québec: Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.
- Brandl, B. (2000). Power and control: Understanding domestic abuse in later life. *Generations*, 24 (2), 39-45.
- Castonguay, C., & Nepveu, G. (1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé*

- et le bien-être social. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées (2017). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. En ligne [http://maltraitancedesaines.com/images/Terminologie\\_sur\\_la\\_maltraitance\\_envers\\_les\\_personnes\\_a%C3%AEn%C3%A9es.pdf](http://maltraitancedesaines.com/images/Terminologie_sur_la_maltraitance_envers_les_personnes_a%C3%AEn%C3%A9es.pdf), consulté le 2 novembre 2017.
- Charazac P.-M. (2014/4). Regard psychanalytique sur la maltraitance soignante. *Le Carnet PSY* (4), 41-42.
- Charpentier, M. (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse : Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M., & Soulières, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge: « J'suis encore pas mal capable pour mon âge » (Mme H., 92 ans). *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2), 128-143.
- Charpentier, M., & Soulières, M. (2012). *Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés : Analyse de l'implantation et de la pertinence clinique*. Montréal: CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire.
- Choi, N. G., Kulick, D. B., & Mayer, J. (1999). Financial exploitation of elders: Analysis of risk factors based on county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10 (3-4), 39-62.
- Clément, M., Gagnon, É., & Deshaies, M.-H. (2008). Dignité et indignité de l'hébergement institutionnel. *Éthique publique*, 10 (2), 19-27.
- Cohen, C. A. (2006). Consumer fraud and the elderly: A review of Canadian challenges and initiatives. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3-4), 137-144.
- Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (8), 1224-1230.
- Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées (1989). *Vieillir... en toute liberté : Rapport du comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Communagir (2017). *Pouvoir d'agir des collectivités*. En ligne <http://www.communagir.org/contenus-et-outils/comprendre-et-agir/pouvoir-dagir-des-collectivites>, consulté le 31 octobre 2017.
- Conseil des aînés (2005). *Une pleine participation des aînés au développement du Québec afin de construire un Québec pour tous les âges : rapport de l'équipe de travail*. Québec: Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine.
- Conseil pour la protection des malades (2017). *Accueil*. En ligne <https://cpm.qc.ca/>, consulté le 31 octobre 2017.
- Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G. I., & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: A crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (6), 489-497.
- Crête, R., & Dufour, M.-H. (2016). L'exploitation financière des personnes âgées : une mise en contexte. *Revue générale de droit*, 46, 13-49.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- Deem, D. L. (2000). Notes from the field: Observations in working with the forgotten victims of personal financial crimes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12 (2), 33-48.



- Dell, C., Fialk, R., Levine, A. M., Reingold, D., & Solomon, J. (2009). Long-term care and beyond: responding to elder abuse. *Care Management Journals*, 10 (2), 64-68.
- Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action : Quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique* (41-42), 209-235.
- Dubble, C. (2006). A policy perspective on elder justice through APS and law enforcement collaboration. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3-4), 35-55.
- Dufour, M.-H. (2014). Définitions et manifestations du phénomène de l'exploitation financière des personnes âgées. *Revue générale de droit*, 44 (2), 235-304.
- Duhamel, K. (2011). *L'exploitation des personnes âgées*. Travail présenté à M. Louis-Philippe Lampron Professeur à la Faculté de Droit de l'Université Laval dans le cadre du cours Service juridique (Ligue des droits et libertés, section de Québec). Université Laval, Québec.
- Éditions Larousse (2014). *Action*. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/action/924?q=action#919>, consulté le 27 octobre 2017.
- Fleuret, S., & Philibert, M. (2006). La création de réseaux locaux de services au Québec : Quand le territoire devient un enjeu de santé. *ESO*, 24, 47-54.
- Fulmer, T., Paveza, G., Vandeweerd, C., Guadagno, L., Fairchild, S., Norman, R., Abraham, I., & Bolton-Blatt, M. (2005). Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 60 (8), 1002-1006.
- Gagnon, É., Clément, M., Deshaies, M.-H., & Raizenne, É. (2012). *Les comités de résidents en centre d'hébergement au Québec. Mandat, fonctions et autonomie*. Québec: Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.
- Gagnon, É., Clément, M., Deshaies, M.-H., & Raizenne, É. (2014). Fonctions et limites de la participation publique : les comités de résidents en centre d'hébergement et leur autonomie. *Recherches sociographiques*, 55 (1), 31-52.
- Gagnon, É., Clément, M., & Deshaies, M.-H. (2014). Sujets de droits. L'interprétation des droits des malades. *Sciences sociales et santé*, 32 (1), 5-27.
- Gagnon, Y.-C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche : Guide de réalisation*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Garneau-Meunier, L., Leclerc, N., & Soulard, C. (1995). *Avis sur les abus exercés à l'égard des personnes âgées*. Québec: Conseil des aînés.
- Ghadi, V. (2009). Évolution et légitimité de la représentation des usagers dans le système de santé français. *Actualité et dossier en santé publique*, 9 (68), 18-20.
- Ghadi, V., & Naiditch, M. (2006). Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé? [How Can the Legitimacy of User Participation in Health Issues Be Constructed?]. *Santé Publique*, 18 (2), 171-186.
- Gilhooly, M. L. M., Cairns, D., Davies, M., Harries, P., Gilhooly, K. J., & Notley, E. (2013). Framing the detection of financial elder abuse as bystander intervention: Decision cues, pathways to detection and barriers to action. *The Journal of Adult Protection*, 15 (2), 54-68.
- Gouvernement du Québec (2018). *Code des professions*. En ligne

- <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf>, consulté le 21 mars 2018.
- Gouvernement du Québec (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : Partenaires multisectoriels*. Sherbrooke: Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.
- Gouvernement du Québec (1971, mise à jour au 1er septembre 2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux. Chapitre S-4.2*. En ligne <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>, consulté le 1er novembre 2017.
- Government of Alberta (2014). *Facts on elder abuse*. En ligne <http://www.seniors-housing.alberta.ca/seniors/elder-abuse-facts.html>, consulté le 1er novembre 2017.
- Gravel, S., Beaulieu, M., & Lithwick, M. (1997). Quand vieillir ensemble fait mal : les mauvais traitements entre conjoints âgés, *Criminologie*, 30 (2), 67-85.
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2011a). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa deuxième session de travail, New York, 1er-4 août 2011*. New York: Organisation des Nations Unies (ONU).
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2011b). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa première session de travail, New York, 18-21 avril 2011*. New York: ONU.
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2012). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa troisième session de travail, New York, 21-24 août 2012*. New York: ONU.
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2013). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa quatrième session de travail, New York, 12-15 août 2013*. New York: ONU.
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2014). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa cinquième session de travail, New York, 30 juillet-1er août 2014*. New York: ONU.
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2015). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa sixième session de travail, New York, 14-16 juillet 2015*. New York: ONU.
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2016). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa septième session de travail, New York, 12-15 décembre 2016*. New York: ONU.
- Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (2017). *Rapport du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement sur les travaux de sa huitième session de travail, New York, 5-7 juillet 2017*. New York: ONU.
- Groupe de travail sur les mécanismes d'examen des plaintes (2004). *Rapport du groupe de travail sur les mécanismes d'examen des plaintes*. Québec: MSSS.
- Groupe d'experts sur les personnes âgées (1991). *Vers un nouvel équilibre des âges : Rapport du Groupe d'experts sur les personnes âgées*. Québec: MSSS.
- Ha, L., & Code, R. (2013). *Une étude empirique sur la maltraitance des aînés : Un examen des dossiers de la Section contre la violence à l'égard des aînés, du*

- Service de police d'Ottawa*. Ottawa: Ministère de la Justice du Canada.
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2010). *Financial abuse of elderly people vs. other forms of elder abuse: Assessing their dynamics, risk factors, and society's response*. Washington: U.S. Department of Justice.
- Journal officiel de la République française (2002a). *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. En ligne <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>, consulté le 1er novembre 2017.
- Journal officiel de la République française (2002b). *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. En ligne <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>, consulté le 1er novembre 2017.
- Keating, B. (2009). Les droits du patient : Une menace pour les soignants? *Santé mentale au Québec*, 34 (2), 39-49.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Hurst, L., Kossack, A., Siegal, A., & Tinetti, M. E. (1997). ED use by older victims of family violence. *Annals of Emergency Medicine*, 30 (4), 448-454.
- Lajoie, A., Molinari, P. A., & Auby, J.-M. (1981). *Traité de droit de la santé et des services sociaux*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lalonde, C., & Roux-Dufort, C. (2012). Comment prévenir une crise? Les leçons tirées des plaintes de maltraitance au Centre de soins de longue durée Saint-Charles-Borromée. *Gestion*, 37 (2), 72-84.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, G. Mayer & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Montréal: Gaëtan Morin.
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (pp. 311-335). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Laudy, D. (2008). Les enjeux éthiques du vieillissement : Autonomie, solitude ou sollicitude? *Éthique publique*, 10 (2). En ligne <http://ethiquepublique.revues.org/1432>, consulté le 1er novembre 2017.
- Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., & Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8 (9), 610-616.
- Lithwick, M., Beaulieu, M., Gravel, S., & Straka, S. M. (2000). The mistreatment of older adults: Perpetrator-victim relationships and interventions. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11 (4), 95-112.
- Manthorpe, J., Samsi, K., & Rapaport, J. (2012). Responding to the financial abuse of people with dementia: A qualitative study of safeguarding experiences in England. *International Psychogeriatrics*, 24 (9), 1454-1464.
- Mascova, E. (2012/4). Quels enjeux de participation des aînés à la définition de leur milieu de vie en hébergement collectif au Québec? *Gérontologie et société*, 35 (143), 223-238.
- Mascova, E., & Thomas, D. (2011). *Comité des résidents du CHSLD Réal-Morel, monographie, programme de recherche « Actions et paroles des usagers »*. France: Réseau d'étude international sur l'âge, la citoyenneté et l'insertion

- socioéconomique (RÉIACTIS).
- Maudet, G. (2002). La « démocratie sanitaire » : Penser et construire l'utilisateur. *Lien social et Politiques* (48), 95-102.
- Mayer, R., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Eds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 115-133). Boucherville: Gaëtan Morin.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., & Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24 (2), 138-160.
- McKay, C. (2008). A new consciousness trudging toward leadership. *Educational Gerontology*, 34 (8), 670-690.
- Ministère de la Famille (MF) (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Famille (MF). *Les personnes âgées de 65 ans ou plus : données populationnelles*. En ligne <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/chiffres-aines/Pages/personnes-agees-65-plus-donnees.aspx>, consulté le 24 mars 2018.
- Ministère de la Famille et des Aînés (MFA) (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MFA (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés : rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés*. Québec : Le Ministère.
- MFA, & Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2012). *Politique Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2003a). *Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2003b). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2004a). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2004b). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2006a). *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2006b). *Lignes directrices pour la mise sur pied des comités des usagers et des comités de résidents dans les établissements de santé et de services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS (2017). *Système de santé et de services sociaux en bref*. En ligne <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/reseaux-locaux-de-services>, consulté le 1er novembre 2017.
- Mosqueda, L., Burnight, K., Liao, S., & Kemp, B. (2004). Advancing the field of elder mistreatment: A new model for integration of social and medical services. *The*

- Gerontologist*, 44 (5), 703-708.
- Moulías, R., Moulías, S., & Busby, F. (2010/2). Edito. La « bientraitance » : Qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 33 (133), 10-21.
- Nahmiash, D., & Schwartz, R. (2008). A community response to financial abuse of older adults. *Indian Journal of Gerontology*, 22 (3), 265-290.
- Nerenberg, L. (2006). Communities respond to elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3-4), 5-33.
- Organisation des Nations Unies (ONU) (1991). *Principes des Nations Unies destinés à permettre aux personnes âgées de mieux vivre les années gagnées*. En ligne <http://www.un.org/french/esa/socdev/iyop/friyoppo.htm>, consulté le 16 mars 2018.
- ONU (2003). *Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement : Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril 2002*. New York: ONU.
- ONU (2010). *Suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement : Examen détaillé*. Genève: ONU.
- Patterson, M., & Malley-Morrison, K. (2006). A cognitive-ecological approach to elder abuse in five cultures: Human rights and education. *Educational Gerontology*, 32 (1), 73-82.
- Phelan, A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: Implications for nursing discourse. *Nursing inquiry*, 15 (4), 320-329.
- Pomey, M.-P., & Ghadi, V. (2009). La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : Une dynamique encore à construire. *Santé, société et solidarité*, 8 (2), 53-61.
- Pomey, M.-P., Pierre, M., & Ghadi, V. (2009). La participation des usagers à la gestion de la qualité des CSSS: Un mirage ou une réalité? *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 14 (2), 1-23.
- Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, & Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec (Comité sur la terminologie) (2016). *Terminologie sur la maltraitance envers les personnes âgées*. En ligne <http://maltraitancedesaines.com/fr/terminologie>, consulté le 30 octobre 2017.
- Reeves, S., & Wyson, J. (2010). Strategies to address financial abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22 (3-4), 328-334.
- Regroupement provincial des comités des usagers du réseau de la santé et des services sociaux (RPCU) (2013). *L'usager au cœur des services*. En ligne <http://www.rpcu.qc.ca/>, consulté le 13 octobre 2015.
- RPCU (2014). *Projet de loi 10 : Est-ce la bonne réforme pour les usagers cette fois-ci?* Montréal: RPCU.
- RPCU (2015). *Guide pour la mise sur pied du comité des usagers du CIUSSS ou du CIUSSS et profils de compétences pour les membres des comités*. Montréal: RPCU.
- RPCU (2017a). *Accueil*. En ligne <http://www.rpcu.qc.ca/default.aspx>, consulté le 1er novembre 2017.
- RPCU (2017b). *Formations du RPCU*. En ligne



- <http://www.rpcu.qc.ca/fr/formation.aspx>, consulté le 1er novembre 2017.
- RPCU (2017c). *Le programme du RPCU – Face à la maltraitance : le devoir d’agir!* En ligne <http://maltraiteanceaines.org/le-programme-du-rpcu/>, consulté le 1er novembre 2017.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Publications du Québec.
- Salamone, A., Dougherty, D., & Evans, G. (2009). Addressing fragmentation through an elder abuse network: The New York City Experience. *Care Management Journals*, 10 (2), 59-63.
- Scodellaro, C. (2006). La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : Politique de la souffrance et sanitarisation du social. *Lien social et Politiques* (55), 77-88.
- Sécurité publique du Québec (2010). *Violence à l’endroit des aînés au Québec. Statistiques 2010*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Stiegel, L. (2012). An overview of elder financial exploitation. *Generations*, 36 (2), 73-80.
- Straka, S. M., & Montminy, L. (2008). Family violence: Through the lens of power and control. *Journal of Emotional Abuse*, 8 (3), 255-279.
- Supiot, A. (2010). *L'esprit de Philadelphie : La justice sociale face au marché total*. Paris: Éditions du Seuil.
- Tang, K.-L. (2008). Taking older people's rights seriously: The role of international law. *Journal of aging & social policy*, 20 (1), 99-117.
- Walsh, C. A., Ploeg, J., Lohfeld, L., Horne, J., MacMillan, H., & Lai, D. (2007). Violence across the lifespan: Interconnections among forms of abuse as described by marginalized Canadian elders and their care-givers. *British Journal of Social Work*, 37 (3), 491-514.
- Warin, P. (2009). Une approche de la pauvreté par le non-recours aux droits sociaux. *Lien social et Politiques* (61), 137-146.
- World Health Organization (WHO) (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva: WHO.
- Yaffe, M. J., & Tazkarji, B. (2012). Understanding elder abuse in family practice. *Canadian family physician*, 58 (12), 1336-1340.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

## Annexe 1 : Présentation détaillée des questions de la recherche

## Présentation détaillée des questions de la recherche par objectif

Objectif 1 : Faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés portées à l'attention des CU.

- Quelles sont les situations de maltraitance portées à l'attention des CU? Quels sont les mots employés par les CU pour décrire ces situations?
- Quel est le nombre de situations de maltraitance portées à l'attention des CU durant l'année étudiée (d'avril 2014 à avril 2015)?
- Que font les CU pour détecter les situations de maltraitance?
- Quelles sont les causes ou les sources des situations de maltraitance?
- Quelles sont les caractéristiques des personnes maltraitées? Quels sont leur statut et leur lien avec la personne maltraitante? Quelles sont les attitudes des personnes maltraitées? Quelles sont les conséquences pour la personne maltraitée de la situation de maltraitance?
- Quelles sont les caractéristiques de la ou les personnes qui maltraitent? Y a-t-il un rapport de pouvoir entre la personne maltraitante et la personne maltraitée? Si oui, quelles sont leurs stratégies (Crozier et Friedberg, 1977)? Quelles sont les attitudes des personnes qui maltraitent? Leurs comportements?
- Quelles sont les caractéristiques de l'organisation des soins ou des services qui causent des préjudices aux usagers (si maltraitance systémique)?

Objectif 2 : Documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action.

- Que font les CU pour défendre les droits des usagers?
  - Que font les CU pour recevoir et évaluer les demandes faites par les usagers, l'ensemble ou un groupe d'usagers ou les bénévoles concernant le non-respect des droits des usagers?
  - Que font les CU pour se pencher sur la maltraitance subie par les usagers sans voix (isolés, sans visite)?
  - Que font les CU pour informer les usagers sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction?
  - Que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations jugées inacceptables, par les CU, ou allant à l'encontre des droits des usagers?
    - Dans leurs échanges avec les directions des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité, y a-t-il un rapport de pouvoir? Si oui, qui sont les acteurs en présence et la nature de la relation? La situation et le contexte environnant? Leurs stratégies (Crozier et Friedberg, 1977)?
    - Ces rapports de pouvoir influencent-ils l'autonomie des comités? (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013) :
      - Les CU sont-ils capables de faire entendre la voix des usagers et de leurs familles?
      - Ont-ils peur des représailles?



- Les dirigeants ou les personnes responsables des droits et de la qualité contrôlent-ils « les sujets discutés par [les CU] en intervenant sur le contenu de l'ordre du jour (...) [ou s'ingèrent-ils] dans l'animation des rencontres » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 25), ce qui aurait pour effet d'orienter le contenu des échanges des CU (ingérence dans les discussions et les revendications du CU, censure, orientation)?
- Les CU sont-ils capables de questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle?
  - Les CU obtiennent-ils des dirigeants de l'établissement l'information nécessaire pour comprendre l'entièreté d'un problème, comment ce dernier a été jusque-là compris et traité et sont-ils capables de les questionner et de remettre en cause les réponses déjà apportées (Gagnon et al., 2012)?
- Les CU sont-ils capables de se faire entendre, de faire voir l'importance de leurs dires et de faire changer le regard des dirigeants ou des personnes responsables des droits et de la qualité, sur les situations portées à leur attention?
  - Les CU sont-ils capables de faire voir d'autres facettes des réalités vécues dans les milieux « et de ces problèmes et d'en donner une compréhension différente de celle que [les dirigeants des établissements, les personnes responsables des droits et de la qualité] ou les employés peuvent en avoir? (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 26).
- Les CU sont-ils capables d'influencer le cours des choses?
  - Les demandes ou les préoccupations des CU sont-elles satisfaites par l'établissement?
  - Comment les membres des CU perçoivent leur pouvoir d'agir dans les établissements? À l'intérieur du comité?
- Que font les CU pour demander l'aide de professionnels dans des dossiers complexes ou soulevant des questions éthiques? Quelle est la réponse reçue?
- Que font les CU pour analyser à partir d'une plainte reçue si le problème est d'ordre individuel ou peut affecter un groupe d'utilisateurs?
- Comment s'organisent les CU dans la défense des droits des utilisateurs? Qui sont les personnes qui le composent : leur genre? Leur âge? Leur parcours de vie? Leur origine ethnique? Leur capacité physique? Leur niveau de scolarité? Leur statut (résident ou autre)? Le nombre d'années que les personnes y siègent? Le nombre de membres le constituant? Le nombre de rencontres annuelles du CU? La perception des membres du CU face à ce nombre? La durée des rencontres?
- Quelles sont les ressources matérielles utilisées par les CU?

- Quelles sont les motivations des membres des CU dans la défense des droits des usagers? Leurs motivations face à leur participation au CU?
- Quels sont leurs besoins pour réaliser plus efficacement leur mandat? La réponse à ces besoins?

Objectif 3 : Poser la portée et les limites des actions des CU et recommander des actions pour les améliorer.

- Quels sont les effets des actions des CU en matière de défense des droits des usagers?
- Quelles sont les limites des actions des CU dans la défense des droits des usagers? (Les limites nommées par les CU; ce qu'ils font pour les surmonter; les difficultés sur lesquelles ils se butent?)
- Quelles sont les améliorations nécessaires à apporter aux actions des CU pour défendre les droits des usagers. Quelles sont les améliorations qui leur permettraient de contrer les différents rapports de pouvoir et leurs effets?

Annexe 2 : Protocole de prise de contact avec les présidents des CU

## Protocole de prise de contact avec les présidents des CU

### *Étape 1*

Trouver le numéro de téléphone de chacun des trois présidents des CU des établissements retenus pour la recherche. Recherche Internet ou appel direct au CSSS.

### *Étape 2*

Appel au président du CU de chacun des trois CSSS (par téléphone).

### *Étape 3*

Me présenter : bonjour, mon nom est Marie-Ève Bédard. Je suis étudiante au doctorat en gérontologie à l'Université de Sherbrooke.

### *Étape 4*

Expliquer le but de la recherche : je réalise présentement une étude visant à comprendre comment les CU dans les CSSS du Québec composent avec les situations de maltraitance envers les aînés portées à leur attention.

### *Étape 5*

Expliquer l'objet de mon appel : je vous appelle aujourd'hui afin de vous présenter le contenu de cette recherche brièvement, mais surtout de solliciter votre participation à cette étude. Nous n'avons présentement aucune donnée concernant les modes de fonctionnement de ces comités en liens avec les situations de maltraitance. Comme les CU sont les sources de ces connaissances, soit les experts, nous souhaitons réaliser ce projet de recherche auprès de votre comité.

### *Étape 6*

Les objectifs poursuivis par l'étude sont de : 1) faire un inventaire des situations de maltraitance envers les aînés portées à l'attention de votre comité; 2) documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations; 3) poser la portée et les limites des actions du comité et proposer des modes de bonification de ces dernières.

### *Étape 7*

Pour ce faire, nous suivrions pendant un an les activités de votre comité. Nous réaliserions des observations de vos rencontres de comité et des entrevues auprès de vos membres, mais aussi auprès de vos invités lorsque ceux-ci participent à vos rencontres et traitent de situations de maltraitance dans le milieu (ex. le commissaire local aux plaintes). De plus, nous aimerions réaliser une entrevue auprès de vous, c'est-à-dire le président du CU. Finalement, nous examinerions la documentation relative à votre CU et à son traitement des situations de maltraitance (ex. la documentation que vous produisez).

### *Étape 8*

Assurément, les données collectées seront gardées de façon confidentielle et seront complètement dénominalisées.

### Annexe 3 : Grille d'observation

## Grille d'observation

Noter le contenu des échanges des CU (ex. les questions soulevées, les réponses données et les remarques formulées), leurs actions dans la défense des droits des usagers, leurs attitudes et leurs comportements. Garder en tête de répondre aux objectifs de recherche et de documenter les dimensions ci-dessous.

1. Faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance envers les aînés qui sont portées à l'attention des CU.

- La description des situations de maltraitance (SDM) par les CU;
- Le nombre de SDM portées à leur attention;
- Ce qu'ils font pour détecter les SDM;
- Les causes ou les sources des SDM;
- Les caractéristiques des personnes maltraitées; statut et lien avec la personne maltraitante; attitudes; conséquences;
- Les caractéristiques de la ou les personnes qui maltraitent; rapport de pouvoir – stratégies (Crozier et Friedberg, 1977); attitudes; comportements;
- Les caractéristiques de l'organisation des soins ou des services qui causent des préjudices aux usagers (si maltraitance systémique).

2. Documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action.

- Ce que font les CU pour recevoir et évaluer les demandes faites par les usagers, l'ensemble ou un groupe d'usagers ou les bénévoles concernant le non-respect des droits des usagers;
- Ce que font les CU pour se pencher sur la maltraitance subie par les usagers sans voix (isolés, sans visite);
- Ce que font les CU pour informer l'utilisateur sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction;
- Ce que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations jugées inacceptables, par le CU, ou allant à l'encontre des droits des usagers;
  - Dans leurs échanges avec les directions des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité, documenter :
    - Les rapports de pouvoir (acteurs en présence et nature de la relation, situation et contexte environnant, stratégies de chaque acteur [Crozier et Friedberg, 1977]).
    - L'influence de ces rapports de pouvoir dans l'autonomie des CU (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013) :
      - La capacité des CU de faire entendre la voix des usagers et de leurs familles;
      - S'ils ont peur des représailles; si les dirigeants des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité contrôlent « les sujets discutés par les [CU] en intervenant sur le contenu de l'ordre du jour (...) [ou s'ils

s'ingèrent] dans l'animation des rencontres » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 25), ce qui aurait pour effet d'orienter le contenu des échanges des CU (censure, orientation);

- La capacité des CU de questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle;
    - Si les comités obtiennent des dirigeants des établissements, l'information nécessaire pour comprendre l'entièreté d'un problème et s'ils sont capables de les questionner et de remettre en cause les réponses déjà apportées;
  - La capacité des CU de se faire entendre, de faire voir l'importance de leurs dires et de faire changer le regard des dirigeants ou les personnes responsables des droits et de la qualité, sur la situation portée à leur attention;
    - Si les CU sont capables de faire voir d'autres facettes des réalités vécues dans ces milieux « et de ces problèmes et d'en donner une compréhension différente de celle que [les dirigeants des établissements, les personnes responsables des droits et de la qualité] ou les employés peuvent en avoir » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 26);
  - La capacité des CU d'influencer le cours des choses;
    - Si les demandes ou les préoccupations des CU sont satisfaites par l'établissement;
    - La façon dont les membres des CU perçoivent leur pouvoir d'agir dans l'établissement et à l'intérieur du comité;
  - Ce que font les CU pour demander l'aide de professionnels dans des dossiers complexes ou soulevant des questions éthiques; la réponse reçue;
  - Ce que font les CU pour analyser à partir d'une plainte reçue si le problème est d'ordre individuel ou peut affecter un groupe d'utilisateurs;
  - L'organisation des CU dans la défense des droits des usagers (le genre des membres, leur âge, leur parcours de vie, leur origine ethnique, leur capacité physique, leur niveau de scolarité, leur statut [résident ou autre], le nombre d'années que la personne siège au CU, le nombre de membres constituant le CU, le nombre de rencontres annuelles de CU, la perception des membres des CU face à ce nombre, la durée des rencontres).
  - Les motivations des membres des CU dans la défense des droits des usagers; leurs motivations face à leur participation aux CU;
  - Leurs besoins pour réaliser plus efficacement leur mandat et la réponse à ces besoins.
3. Poser la portée et la limite des actions des CU et proposer des modes de bonification de ces dernières.
- Les effets des actions des CU en matière de défense des droits des usagers; les effets nommés par les CU;
  - Les limites des actions des CU dans cette défense; les limites nommées par les CU; ce qu'ils font pour les surmonter; les difficultés sur lesquelles ils se butent;

- Les améliorations nécessaires à apporter aux actions des CU pour défendre les droits des usagers, nommées par les CU; les améliorations qui permettraient de contrer les différents rapports de pouvoir et les effets anticipés.



#### Annexe 4 : Compte rendu descriptif des observations

## Compte-rendu descriptif des observations

Date : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Nature de la rencontre : \_\_\_\_\_

Acteurs présents :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notes descriptives (ce que nous avons vu et entendu) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notes analytiques (nos réflexions ou nos intuitions analytiques) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notes théoriques (ex. pistes nouvelles d'observations) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notes de planification (relevés des observations, lectures et réorientations à effectuer pour la suite de la recherche) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Annexe 5 : Guide d'entrevue semi-structurée centrée

## Guide d'entrevue semi-structurée centrée

### Mise en contexte

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude, qui vise à décrire et à comprendre comment les CU dans les CSSS du Québec composent avec les situations de maltraitance envers les aînés portées à leur attention.

- Avant d'aborder ces propos, parlez-moi du CSSS dans lequel vous œuvrez.
- Depuis combien de temps siégez-vous au CU? Quelles sont vos motivations?

Le premier objectif de recherche vise à faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance (SDM) envers les aînés qui sont portées à l'attention des CU.

- Quelles sont les SDM portées à l'attention du CU? Quels sont les mots employés par le CU pour décrire ces situations?
- Quel est le nombre de SDM portées à l'attention du CU durant l'année étudiée (d'avril 2014 à avril 2015)?
- Que fait le CU pour détecter les SDM?
- Quelles sont les causes ou les sources des SDM?
- Quelles sont les caractéristiques des personnes maltraitées? Quels sont leur statut et leur lien avec la personne maltraitante? Quelles sont les attitudes des personnes maltraitées? Quelles sont les conséquences pour la personne maltraitée de la situation de maltraitance?
- Quelles sont les caractéristiques de la ou les personnes qui maltraitent? Y a-t-il un rapport de pouvoir entre la personne maltraitante et la personne maltraitée? Si oui, quelles sont leurs stratégies (Crozier et Friedberg, 1977)? Quelles sont les attitudes des personnes qui maltraitent? Leurs comportements?
- Quelles sont les caractéristiques de l'organisation des soins ou des services qui causent des préjudices aux usagers (si maltraitance systémique)?

Le deuxième objectif de recherche vise à documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action.

- Que fait le CU pour défendre les droits des usagers?
  - Que fait le CU pour recevoir et évaluer les demandes faites par les usagers, l'ensemble ou un groupe d'usagers ou les bénévoles concernant le non-respect des droits des usagers?
  - Que fait le CU pour se pencher sur la maltraitance subie par les usagers sans voix (isolés, sans visite)?
  - Que fait le CU pour informer l'utilisateur sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction?
  - Que fait le CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations jugées inacceptables, par le CU, ou allant à l'encontre des droits des usagers?
    - Dans vos échanges avec les directions des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité, y a-t-il un rapport de pouvoir? Si oui, qui sont les acteurs en présence et la nature de la

relation? La situation et contexte environnant? Leurs stratégies (Crozier et Friedberg, 1977)?

- Ces rapports de pouvoir influencent-ils l'autonomie du comité? (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013) :
  - Le CU est-il capable de faire entendre la voix des usagers et de leurs familles?
    - A-t-il peur des représailles?
    - Les dirigeants ou les personnes responsables des droits et de la qualité contrôlent-ils « les sujets discutés par le [CU] en intervenant sur le contenu de l'ordre du jour (...) [ou s'ingèrent-ils] dans l'animation des rencontres » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 25), ce qui aurait pour effet d'orienter le contenu des échanges du CU (ingérence dans les discussions et les revendications du CU, censure, orientation)?
  - Le CU est-il capable de questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle?
    - Le CU obtient-il des dirigeants de l'établissement l'information nécessaire pour comprendre l'entièreté d'un problème, comment ce dernier a été jusque-là compris et traité et est-il capable de les questionner et de remettre en cause les réponses déjà apportées?
  - Le CU est-il capable de se faire entendre, de faire voir l'importance de ses dires et de faire changer le regard des dirigeants ou des personnes responsables des droits et de la qualité, sur la situation portée à leur attention?
    - Le CU est-il capable de faire voir d'autres facettes des réalités vécues dans les milieux « et de ces problèmes et d'en donner une compréhension différente de celle que [les dirigeants des établissements, les personnes responsables des droits et de la qualité] ou les employés peuvent en avoir? (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 26).
  - Le CU est-il capable d'influencer le cours des choses?
    - Les demandes ou les préoccupations du CU sont-elles satisfaites par l'établissement?
  - Comment les membres du CU perçoivent leur pouvoir d'agir dans l'établissement? À l'intérieur du comité?
- Que fait le CU pour demander l'aide de professionnels dans des dossiers complexes ou soulevant des questions éthiques? Quelle est la réponse reçue?
- Que fait le CU pour analyser à partir d'une plainte reçue si le problème est d'ordre individuel ou peut affecter un groupe d'utilisateurs?
- Comment s'organise le CU dans la défense des droits des usagers? Qui sont les personnes qui le composent : leur genre? Leur âge? Leur parcours de vie? Leur origine ethnique? Leur capacité physique? Leur niveau de scolarité?

Leur statut (résident ou autre)? Le nombre d'années que les personnes y siègent? Le nombre de membres le constituant? Le nombre de rencontres annuelles du CU? La perception des membres du CU face à ce nombre? La durée des rencontres?

- Quelles sont les ressources matérielles utilisées par le CU?
- Quelles sont les motivations des membres du CU dans la défense des droits des usagers? Leurs motivations face à leur participation au CU?
- Quels sont leurs besoins pour réaliser plus efficacement leur mandat? La réponse à ces besoins?

Le troisième objectif vise à poser la portée et la limite des actions des CU et à proposer des modes de bonification de ces dernières.

- Quels sont les effets des actions du CU en matière de défense des droits des usagers? Quels sont les effets nommés par le CU?
- Quelles sont les limites des actions du CU dans la défense des droits des usagers? Quelles sont les limites nommées par le CU? Que fait-il pour les surmonter? Quelles sont les difficultés sur lesquelles il se bute?
- Quelles sont les améliorations nécessaires à apporter aux actions du CU pour défendre les droits des usagers, nommées par le CU? Quelles sont les améliorations qui lui permettraient de contrer les différents rapports de pouvoir? Les effets?

Information supplémentaire

- Avez-vous autre chose à ajouter?

Annexe 6 : Guide d'entrevue d'approfondissement du travail du CU (aide-mémoire)

## Guide d'entrevue d'approfondissement du travail du CU (aide-mémoire)

Ce guide d'entrevue nous permettra de nous rappeler des dimensions d'importance à l'étude. Nous laisserons toutefois libre cours aux discussions selon la tournure des événements.

1. Faire un inventaire descriptif et critique des situations de maltraitance (SDM) envers les aînés qui sont portées à l'attention des CU.
  - La description des SDM par les CU;
  - Le nombre de SDM portées à leur attention;
  - Ce qu'ils font pour détecter les SDM;
  - Les causes ou les sources des SDM;
  - Les caractéristiques des personnes maltraitées; statut et lien avec la personne maltraitante; attitudes; conséquences;
  - Les caractéristiques de la ou les personnes qui maltraitent; rapport de pouvoir – stratégies (Crozier et Friedberg, 1977); attitudes; comportements;
  - Les caractéristiques de l'organisation des soins ou des services qui causent des préjudices aux usagers (si maltraitance systémique).
2. Documenter chacune des étapes de la prise en compte de ces situations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le comité arrête son action.
  - Ce que font les CU pour recevoir et évaluer les demandes faites par les usagers, l'ensemble ou un groupe d'usagers ou les bénévoles concernant le non-respect des droits des usagers;
  - Ce que font les CU pour se pencher sur la maltraitance subie par les usagers sans voix (isolés, sans visite);
  - Ce que font les CU pour informer l'utilisateur sur les démarches à prendre pour porter plainte ou pour exprimer une insatisfaction;
  - Ce que font les CU pour porter à l'attention de l'établissement les situations jugées inacceptables, par le CU, ou allant à l'encontre des droits des usagers;
    - Dans leurs échanges avec les directions des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité, documenter :
      - Les rapports de pouvoir (acteurs en présence et nature de la relation, situation et contexte environnant, stratégies de chaque acteur [Crozier et Friedberg, 1977]).
      - L'influence de ces rapports de pouvoir dans l'autonomie des CU (Gagnon et al., 2014; 2012; Bordeleau et Gagnon, 2013) :
        - La capacité des CU de faire entendre la voix des usagers et de leurs familles;
        - S'ils ont peur des représailles; si les dirigeants des établissements ou les personnes responsables des droits et de la qualité contrôlent « les sujets discutés par les [CU] en intervenant sur le contenu de l'ordre du jour (...) [ou s'ils



s'ingèrent] dans l'animation des rencontres » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 25), ce qui aurait pour effet d'orienter le contenu des échanges des CU (ingérence dans les discussions et les revendications, censure, orientation);

- La capacité des CU de questionner l'établissement sur ses règles, son mode de fonctionnement et sa structure organisationnelle;
    - Si les comités obtiennent des dirigeants des établissements, l'information nécessaire pour comprendre l'entièreté d'un problème et s'ils sont capables de les questionner et de remettre en cause les réponses déjà apportées;
  - La capacité des CU de se faire entendre, de faire voir l'importance de leurs dires et de faire changer le regard des dirigeants ou les personnes responsables des droits et de la qualité, sur la situation portée à leur attention;
    - Si les CU sont capables de faire voir d'autres facettes des réalités vécues dans ces milieux « et de ces problèmes et d'en donner une compréhension différente de celle que [les dirigeants des établissements, les personnes responsables des droits et de la qualité] ou les employés peuvent en avoir » (Bordeleau et Gagnon, 2013, p. 26);
  - La capacité des CU d'influencer le cours des choses;
    - Si les demandes ou les préoccupations des CU sont satisfaites par l'établissement;
  - La façon dont les membres des CU perçoivent leur pouvoir d'agir dans l'établissement et à l'intérieur du comité;
  - Ce que font les CU pour demander l'aide de professionnels dans des dossiers complexes ou soulevant des questions éthiques; la réponse reçue;
  - Ce que font les CU pour analyser à partir d'une plainte reçue si le problème est d'ordre individuel ou peut affecter un groupe d'utilisateurs;
  - L'organisation des CU dans la défense des droits des utilisateurs (le genre des membres, leur âge, leur parcours de vie, leur origine ethnique, leur capacité physique, leur niveau de scolarité, leur statut [résident ou autre], le nombre d'années que la personne siège au CU, le nombre de membres constituant le CU, le nombre de rencontres annuelles de CU, la perception des membres des CU face à ce nombre, la durée des rencontres).
  - Les motivations des membres des CU dans la défense des droits des utilisateurs; leurs motivations face à leur participation aux CU;
  - Leurs besoins pour réaliser plus efficacement leur mandat et la réponse à ces besoins;
3. Poser la portée et la limite des actions des CU et proposer des modes de bonification de ces dernières.
- Les effets des actions des CU en matière de défense des droits des utilisateurs; les effets nommés par les CU;

- Les limites des actions des CU dans cette défense; les limites nommées par les CU; ce qu'ils font pour les surmonter; les difficultés sur lesquelles ils se butent;
- Les améliorations nécessaires à apporter aux actions des CU pour défendre les droits des usagers, nommées par les CU; les améliorations qui permettraient de contrer les différents rapports de pouvoir et les effets anticipés.

Annexe 7 : Tableau 9: Inventaire descriptif des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU et mots employés par les membres pour les nommer ou les décrire

Tableau 9 : Inventaire descriptif des situations de maltraitance portées à la connaissance des CU et les mots employés par les membres pour les nommer ou les décrire

CU	Le no., le titre et l'endroit de la situation	La description de la situation	La lecture qu'en font les membres des CU (leurs propres mots)
CU1	Situation 1 : Âgisme et les façons de s'adresser aux résidents (CHSLD)	Une résidente de CHSLD se fait appeler « ma p'tite Mme » par le personnel (toujours les mêmes personnes) et elle « n'aime pas ça ». La coordonnatrice du CU 1 se questionne à savoir si les mots « ma p'tite Mme » sont de la maltraitance. Elle précise aussi que le personnel et les gardiens de sécurité parlent très fort aux résidents parce qu'ils sont âgés, même s'ils n'ont aucun problème d'audition. Elle nomme ces situations d' <b>âgisme</b> et de <b>maltraitance psychologique</b> (entrevue, 3 décembre 2014).	Maltraitance psychologique Et Âgisme (coordonnatrice)
	Situation 2 : Refus à la volonté d'une résidente de recevoir son bain par une préposée femme (CHSLD)	Une résidente de CHSLD, qui a été victime de viol dans son enfance, souhaite recevoir son grand bain par une préposée femme (c'est écrit dans son dossier). À deux reprises, l'établissement lui refuse. La première fois, un préposé homme lui a dit : « il n'y en a pas de préposée femme pour vous le donner, c'est moi qui vous le donne! » Pour la résidente, « c'est impossible! » La coordonnatrice du CU 1 dit que c'est un cas de <b>manquement à la dignité de la personne</b> . Quand c'est écrit au dossier de la dame, ce genre de <b>situation ne devrait pas se produire</b> (entrevue, 3 décembre 2014).	Manquement à la dignité de la personne Et Situation qui ne devrait pas se produire (coordonnatrice)
	Situation 3 : Coussin de fauteuil roulant oublié; les résidents qui n'ont pas été lavés et habillés sur plusieurs jours; les employés qui repoussent le moment d'amener les résidents aux toilettes après que la salle à manger	Le coussin de fauteuil roulant d'une résidente a été lavé. Comme il était mouillé, il a été enlevé et posé sur le bureau de la dame, ce qui l'a gâché. Il a aussi été oublié. La résidente est restée assise sur son fauteuil roulant sans coussin, pratiquement sur une planche de bois, pendant 8 heures. Pour la coordonnatrice du CU 1, c'est de la <b>maltraitance</b> (entrevue, 3 décembre 2014).  Au mois de février, des résidents n'ont pas été habillés et lavés durant plusieurs jours, par manque de personnel (taux d'absentéisme record) (entrevue coordonnatrice, 3 décembre 2014).  Le personnel (préposée, infirmière et infirmière auxiliaire) repousse le moment d'amener les résidents aux toilettes pour la selle, après que la salle à manger soit lavée. Un membre du CU 1 a vécu cette situation avec sa mère. On lui a dit : « on est en retard ce matin, la dame ne peut pas attendre 15 minutes que la salle à manger soit lavée? » (observation, 27 mars 2014). Il qualifie ces événements de	Maltraitance Et Manque au niveau des soins Et Qualité des services pas respectée (coordonnatrice)  Événement catastrophique et fréquent (membre du CU 1)

soit lavée (CHSLD)	<p><b>catastrophiques et de fréquents.</b></p> <p>Pour la coordonnatrice du CU 1, ces trois situations réfèrent à un <b>manque au niveau des soins donnés aux résidents</b> et au fait que <b>la qualité des services n'est pas respectée</b> (observation, 27 mars 2014).</p>	
Situation 4 : Refus de changer la culotte d'une résidente parce que l'urine n'a pas atteint la petite ligne bleue (CHSLD)	<p>Une résidente de CHSLD veut faire changer sa culotte d'incontinence lorsqu'elle est mouillée. On lui répond que c'est impossible, étant donné que son urine n'a pas atteint la petite ligne bleue de sa culotte, qui montre le niveau d'absorption. La résidente ne supporte pas d'être mouillée. Dès qu'elle s'échappe, elle sonne pour être changée. On lui dit : « on ne peut pas vous changez tout de suite Mme, ça n'a pas atteint la petite ligne bleue! » La résidente en a parlé aux préposées, à l'infirmière, mais rien n'a changé. « On me dit que ce n'est pas plein! » La résidente dit : « c'est ma dignité, je n'aime pas ça, je ne me sens pas bien comme ça ». Pour la coordonnatrice du CU 1, cette situation « <b>n'a pas d'allure</b> », c'est <b>une atteinte à la dignité</b> de la dame, un <b>manquement au niveau d'un droit</b> des usagers, de la <b>maltraitance psychologique</b> (la résidente en pleure) (entrevue, 3 décembre 2014).</p>	<p>Maltraitance psychologique Et Atteinte à la dignité Et Manquement au niveau d'un droit Et Situation qui n'a pas d'allure (coordonnatrice)</p>
Situation 5 : Délai trop long pour répondre à la cloche d'appel par les employés (1 heure), un résident est tombé (CHSLD)	<p>Un résident de CHSLD est tombé dans sa chambre. Sa famille sonne à plusieurs reprises pour avoir de l'aide. Le personnel est venu voir ce qui se passait une heure plus tard. Un membre du CU 1 dit : « <b>c'est écœurant!</b> » (observation, 26 novembre 2014).</p> <p>Un membre du CU 1, qui siège aussi à un CR, fait part aux membres du CU, lors de leur réunion, qu'il n'y a personne au poste des infirmières lors des changements de quarts de travail des membres du personnel et lors des repas. Ces changements se passent dans un local fermé. Pour le membre du CU 1 : « <b>ça n'a pas de bon sens</b> (...) pour les repas, des employés sont avec les résidents à la salle à manger, d'autres font le service aux chambres. Il y a des résidents qui s'arrangent dans leur chambre, s'ils tombent, il reste là une heure parce que les autres font le service! Il n'y a personne au poste » (observation, 8 janvier 2015).</p>	<p>Situation écœurante Et Situation qui n'a pas de bon sens (membres du CU 1)</p>
Situation 6 : Délai trop long pour répondre à la cloche, par les membres du personnel, pour changer la culotte	<p>La famille d'une usagère âgée, qui a la c. difficile, sonne pour faire changer sa culotte d'incontinence. Une heure s'écoule avant que le personnel réponde à la cloche d'appel. Cette situation s'est reproduite à trois reprises. La coordonnatrice du CU 1 dit : « l'usagère est encore hospitalisée pour ça. Ça prend une heure avant qu'on vienne la changer, mais la c. difficile, c'est de la diarrhée, c'est très irritant, donc elle se retrouve avec des plaies dans cette région-là » (entrevue, 3 décembre 2014).</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>

d'une usagère aux prises de c. difficile (centre hospitalier)		
Situation 7 : Intrusion d'un résident dans la chambre de sa voisine résidente par la toilette communicante (CHSLD)	Un résident de CHSLD passe par la toilette communicante de sa chambre pour s'introduire dans la chambre de sa voisine, résidente. La résidente dit à la coordonnatrice du CU 1 : « il rentre tout le temps dans ma chambre et il pose des gestes qui me rendent très mal à l'aise [des gestes à caractère sexuel ou il se met à crier en pleine nuit ou pendant la sieste] (...). Je n'en peux plus! Je n'en peux plus! » Pour la coordonnatrice du CU 1 « c'est un autre genre d' <b>abus</b> , ce n'est pas au niveau du personnel » (entrevue, 3 décembre 2014).	Abus (coordonnatrice)
Situation 8 : Une jeune fille aux prises de troubles psychiatriques violente envers ses parents âgés et la non-consultation de la famille par le psychiatre (domicile et centre hospitalier)	« Un cas de pression d'un psychiatre pour que la famille reprenne l'usagère même si le congé temporaire s'était très mal déroulé » (coordonnatrice du CU 1, procès-verbal (PV), 16 octobre 2014).  La coordonnatrice du CU 1 dit : « une jeune fille vit habituellement chez sa mère et son père qui sont âgés. Elle a de graves problèmes psychologiques. Elle est hospitalisée à l'étage de la psychiatrie (...). Elle reçoit son congé temporaire. Sa famille l'accueille à la maison. Elle est agressive avec sa mère et son père. La mère dit : sa médication n'est pas encore bien ajustée. Elle a été violente, mon fils était là, il a été témoin de ça. Je l'aime, c'est mon enfant, mais je ne peux pas la prendre comme ça chez moi. On en a peur. Ils ramènent leur jeune fille à l'hôpital le lundi et son congé définitif est signé par le psychiatre, avant de parler à la famille à savoir comment c'était passé le congé temporaire et s'ils étaient prêts à la reprendre parce qu'elle ne peut pas vivre seule. Le psychiatre n'a pas consulté la famille » (entrevue, 3 décembre 2014).	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 9 : Préposée qui ne donne pas d'insuline à un résident diabétique parce qu'il ne portait pas son bracelet (CHSLD)	À l'heure des repas, un résident qui ne portait pas son bracelet d'insuline n'a pas reçu ses médicaments, par la nouvelle préposée (nouvelle selon la coordonnatrice du CU 1). Cette situation s'est répétée à deux reprises (observation, 8 mai 2014).	Pas de mot particulier qui ressort

Situation 10 : Maltraitance financière d'un tuteur légal envers sa mère résidente (RI)	La résidente d'une RI a été victime d'abus financier de la part de son tuteur légal, pour un montant de 70 000 \$. Le fils de la dame (pas le tuteur) s'est rendu compte de la situation. En discutant avec les travailleuses sociales, il a constaté qu'elles étaient au courant de la situation, mais qu'elles n'ont pas agi. Il a porté plainte à l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec et à la RI. Il a fait des démarches pour retirer le tuteur et changer la dame de résidence, pour un CHSLD (où le CU 1 œuvre). Il y avait une liste d'attente à respecter. Comme il avait déjà fait cette demande auparavant, il a fait des sorties dans les médias et il a envoyé une mise en demeure à la patronne du CSSS et à l'Agence. La dame habite maintenant dans le CHSLD. La coordonnatrice du CU 1 nomme cette situation <b>d'abus financiers</b> , de <b>maltraitance</b> (entrevue, 3 décembre 2014).	Maltraitance Et Abus financiers (coordonnatrice)
Situation 11 : Administration des repas aux résidents par les préposées (CHSLD)	Une préposée nourrit une résidente de CHSLD en étant placée derrière elle. Elle donne une cuillère après l'autre. Selon la coordonnatrice du CU 1, les préposées doivent regarder les résidents dans les yeux lorsqu'elles les font manger. Elle appelle cela du bourrage, du gavage (entrevue, 3 décembre 2014).	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 12 : Représailles d'un médecin envers un usager âgé (centre hospitalier)	Un homme âgé s'est fait opérer au centre hospitalier. À son réveil, il y avait une dizaine d'étudiants autour de lui, sans qu'on ne lui ait demandé la permission. Le monsieur a dit au médecin : « écoutez, je ne veux pas avoir les étudiants autour de moi », qui lui répondit : « si tout le monde était comme vous, il n'y a personne qui pourrait apprendre ». Le monsieur a porté plainte (seul) et il a eu gain de cause, mais le médecin n'a plus voulu l'avoir comme patient parce qu'il disait que le lien de confiance était brisé. Il l'a référé à un autre médecin. Le monsieur disait : « je vais devoir recommencer mon histoire avec un autre médecin spécialiste, je trouve ça plate! » Pour la coordonnatrice du CU 1 « c'était des représailles. (...) c'est plate comme situation, ce n'est pas de la maltraitance, mais ce sont des <b>représailles</b> » (entrevue, 3 décembre 2014).	Représailles (coordonnatrice)
Situation 13 : Vêtements des résidents retournés aux familles sans être rincés (selles dedans) et les odeurs sur les unités (domicile et CHSLD)	Lorsque les familles des résidents de CHSLD prenaient le panier de linge sale de leur proche pour faire le lavage des vêtements, il y avait des selles dures dedans. Les vêtements n'étaient pas rincés du tout. Il y a des preuves à l'appui, des photos ont été prises. La coordonnatrice du CU 1 dit : « il y a du linge qui a dû être jeté aux poubelles. Ce n'est pas agréable d'ouvrir un sac de linge comme ça. Tu t'attends à ce que ce soit du linge sale, mais pas à ce qu'il y ait des excréments ». Pour la coordonnatrice, cette situation n'est pas <b>hygiénique</b> , mais pas traumatisante (entrevue, 26 mars 2015).  Les culottes d'incontinence souillées des résidents des CHSLD sont également laissées dans les corridors, près des chambres des résidents. Des mauvaises odeurs circulent sur les unités. Des résidents s'en plaignaient. « J'ai le panier à côté de ma chambre. Ça ne sent pas bon ». Pour les odeurs, la	Situation pas hygiénique Et Atteinte à la qualité de vie Et Atteinte au bien-être (coordonnatrice)

	coordonnatrice mentionne que c'est une <b>atteinte à la qualité de vie des résidents, à leur bien-être</b> (entrevue, 26 mars 2015).	
Situation 14 : Vers une meilleure accessibilité en transport en commun aux centres d'hébergement et aux autres sites de services du CSSS (communauté)	Un des dossiers du CU 1 est d'assurer une meilleure accessibilité en transport en commun aux différents sites du CSSS, dont les CHSLD. La coordonnatrice du CU 1 explique que la situation était <b>problématique</b> parce que les gens âgés qui prenaient l'autobus, pour faire du bénévolat ou visiter leurs proches, se blessaient ou tombaient. Or, le CU, en collaboration avec des acteurs du CSSS, de la ville et de la société de transport, travaille pour rapprocher le point de débarcadère d'autobus et pour qu'il y ait des trottoirs aménagés pour les aînés. Pour la coordonnatrice, « [le CU] l'a fait, mais ce n'était pas de la maltraitance, c'était pour une meilleure accessibilité en transport en commun » Elle dit toutefois qu'avant, cette situation était « <b>épouvantable!</b> » (entrevue, 3 décembre 2014).	Situation problématique Et épouvantable (coordonnatrice)
Situation 15 : Attouchements entre deux résidents (CHSLD)	Il y a eu des attouchements entre deux résidents qui peuvent s'exprimer (homme et femme). La résidente est paralysée d'un côté. Elle a toutes ses facultés et a encore des besoins sexuels, mais ce n'est pas toléré dans l'établissement. Le monsieur est entré dans la chambre de la résidente et a fait des attouchements, qui ont engendré des conséquences physiques à la résidente. Un membre du CU 1 a vu la situation, mais il n'en a pas parlé tout de suite parce qu'il se disait que ce n'était pas de sa responsabilité. Il en a parlé plus tard au préposé. Le préposé en a ensuite parlé à la famille de la résidente, qui a porté plainte. Pour la coordonnatrice du CU 1, le membre du CU aurait <b>dû dénoncer cette situation</b> tout de suite puisque « c'est dans les droits humains de signaler, c'est un devoir de citoyen, une responsabilité sociale » (entrevue, 26 mars 2015).	Situation qui doit être dénoncée (coordonnatrice)
Situation 16 : Fermeture du dépanneur d'un CHSLD (CHSLD)	Il y a eu la fermeture du dépanneur d'un CHSLD. Il était géré par l'association des bénévoles et une personne ressource rémunérée. Il n'était plus rentable. C'était un milieu de vie pour les résidents. Comme la clientèle s'est alourdie, il y avait de moins en moins d'achalandage. Les ventes diminuaient grandement. Il est maintenant fermé. La coordonnatrice du CU 1 trouve <b>dommage</b> que cette fermeture « ait été annoncée de façon cavalière aux résidents. On ne les a pas préparés. Du jour au lendemain, c'était fermé. C'est pour ça qu'ils ont réagi [les résidents]. Ils sont venus parler au CR de ça. » Pour elle, « on ne peut pas qualifier de maltraitance cette fermeture » (entrevue, 26 mars 2015).  Un membre du CU 1, qui siège aussi à un CR, mentionne que pour cette fermeture « les résidents sont pissous, vulnérables, ils ont peur des représailles. Ils ne sont pas capables de dire que ça ne fait pas leur affaire! » (observation, 27 février 2014).	Situation dommage (coordonnatrice)



Situation 17 : Employés qui ne placent pas la toile du lève-personne comme il se doit (CHSLD)	Une personne membre du CU 1 mentionne qu'en accompagnant son mari, elle fut témoin de plusieurs <b>situations malheureuses et épouvantables</b> . Par exemple, avant de décéder, son mari vivait dans un CHSLD. Elle a remarqué que quand les employés le levaient, ils ne plaçaient pas la toile du lève personne comme il le faut. « Ils ont failli lui arracher l'oreille ». Elle s'est empressée de placer l'oreille de son mari pour qu'il soit bien. Elle en a parlé à la personne qui venait de le lever, qui s'est excusée de ne pas avoir fait attention. Cette situation s'est toutefois reproduite quelques jours plus tard. La personne membre du CU 1 s'est mise à pleurer en voyant ce que vivait son mari (observation, 27 mars 2014).	Situation malheureuse Et épouvantable (membre du CU 1)
Situation 18 : Résident en boxeur dans un corridor de CHSLD (CHSLD)	Une personne membre du CU 1, qui siège aussi à un CR, a vu un résident, dans un corridor tout froid de CHSLD, « en espèce de petit boxer ». Elle a demandé aux infirmières et aux préposées « où sont les pantalons de monsieur ». Personne ne le savait. « Ils sont peut-être au lavage », dit une employée. La personne membre du CU 1 veut faire une enquête et en parler à la direction générale. Si le monsieur n'a que deux paires de pantalons, elle veut lui en acheter, ou bien se proposer pour faire le lavage de monsieur (observation, 27 mars 2014).	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 19 : Résidents laissés la nuit sans surveillance pour des raisons budgétaires (îlot prothétique de CHSLD)	Une dame, que son mari est hébergé dans un îlot prothétique, mentionne à l'AGA du CU 1, qu'il y a un problème dans cet îlot. Ce sont des espaces clos et il n'y a pas de préposé la nuit pour assurer une surveillance toutes les heures, pour des raisons budgétaires. Cela fait plus de deux ans qu'elle essaie d'intervenir. Elle a rencontré le directeur de l'hébergement. Elle aimerait régler le tout, sans porter plainte. La dame dit que c'est une situation très grave, un problème, que les résidents d'un îlot prothétique sont des personnes comme les autres (observation, 18 juin 2014).	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 20 : Résidente habillée n'importe comment et l'entassement de son linge dans sa garde-robe (CHSLD)	Une nouvelle personne membre du CU 1 mentionne à la réunion du comité (la commissaire est également présente) que sa mère est habillée n'importe comment et que son linge est régulièrement entassé dans le fond de sa garde-robe. Elle doit faire des ensembles, pour chaque jour de la semaine, pour que sa mère les porte. Il y a même du linge, qui est mis au lavage, même s'il n'est pas sale. Elle dit : « peut-être que les préposés n'ont pas le temps ». La commissaire dit : « cela devrait aller de soi. Mettre du linge sur un support, plutôt que dans le fond de la garde-robe, ce n'est pas vraiment plus long! ». Les membres du CU mentionnent que c'est une <b>situation qui n'est pas correcte</b> (observation, 2 septembre 2014).	Situation qui n'est pas correcte (membres du CU 1)
Situation 21 : Demandes collectives des	Dans un CHSLD, plusieurs familles se plaignent de parler dans le vide à l'AGA du CU 1. Elles n'ont pas le sentiment d'avoir été écoutées. Elles se plaignent des mauvaises odeurs sur les unités en période de canicule, de la nourriture, des caractères trop petits sur les menus (plaintes des résidents), des menus qui	Pas de mot particulier qui ressort

familles (CHSLD)	reviennent plus souvent qu'aux trois semaines (beaucoup de bœuf haché et de jambon), des balançoires extérieures qui sont occupées par les employés au lieu des résidents, des zones de fumées qui ne sont pas respectées. La coordonnatrice du CU 1 dit qu'il n'y avait pas de ces demandes qui s'apparentait à de la maltraitance (observation, 2 septembre 2014).	
Situation 22 : Dégât d'eau et les réparations facturées à la résidente (RI)	<p>Au point de l'ordre du jour nommé rapport de la coordonnatrice, il est dit : dégât d'eau dans une RI, les réparations ont été facturées à la résidente. La famille ne trouve pas cela normal (la famille n'était pas contente) (observation, 27 mars 2014).</p> <p>Selon la coordonnatrice du CU 1 : « la résidente n'a pas vraiment eu de stress, c'est plus la famille lorsqu'elle a reçu la facture. (...) La ressource l'avait facturée à elle, puis ça ne devait pas être elle, mais bien la RI qui absorbe la facture. C'était son problème de structure d'édifice qui a mal marché » (entrevue, 26 mars 2015).</p>	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 23 : Démarches pour améliorer la pente apique à la sortie arrière de la résidence (CHSLD)	<p>Un membre du CU 1, qui siège aussi à un CR raconte qu'à la sortie du CHSLD, il y a une pente pour les personnes en fauteuil roulant. Cette pente est très forte. Cela entraîne de la difficulté à sortir, voire de l'impossibilité pour les personnes qui n'ont pas la force requise. Elles attendent sur le bord de la porte qu'un bon samaritain les aide. Même les familles qui essaient de sortir leur parent doivent forcer. Des membres de familles disaient « avec le fauteuil, c'est difficile, pour remonter la pente aussi » (coordonnatrice du CU 1) (observation, 27 mars 2014).</p> <p>La coordonnatrice du CU 1 dit que <b>c'était dangereux</b>. « Il n'y a pas eu d'accidents par chance, mais c'est vraiment une pente qui n'était pas adéquate » (entrevue, coordnatrice CU 1, 26 mars 2015).</p> <p>Dans le rapport annuel 2013-2014, dans les activités réalisées par le CU 1, il est écrit « démarches pour améliorer la pente à la sortie arrière de la résidence ».</p>	Situation dangereuse (coordonnatrice)
Situation 24 : Maltraitance des résidents envers les membres du personnel et la coordonnatrice du CU 1 (CHSLD)	<p>La coordonnatrice du CU 1 dit « des fois, c'est le personnel qui peut être victime parce qu'il y a des résidents qui peuvent <b>maltraiter</b>. (...) Il peut y avoir des objets qui leur sont lancés. (...) se faire cracher dessus aussi, quand ils ont des troubles cognitifs ». La présidente du CU 1, de son côté, dit « ça peut être des propos verbaux déplacés. Il y a des préposés (...) qui se font traiter de toute sorte de noms, c'est du <b>harcèlement psychologique</b>, mais c'est fini après parce qu'ils ont des troubles cognitifs. Tu travailles avec ta conscience. Lui il s'est fait blesser [le préposé], alors elle [la résidente], il ne l'aime plus, le côté un peu chaleureux de la relation.... » (entrevue, 3 décembre 2014).</p> <p>La coordonnatrice raconte : « on distribuait les calendriers, le monsieur a des problèmes cognitifs. Moi,</p>	<p>Maltraitance Et Situation déstabilisante (coordonnatrice)</p> <p>Harcèlement psychologique (présidente)</p>

	je l'ai pris en riant, mais les insultes qu'il m'a dites quand je suis entrée et les commentaires salaces. Je me dis qu'une préposée ou une infirmière qui a ce genre de commentaires tous les jours ça doit être quand même <b>déstabilisant</b> . Moi, c'est juste une fois. Je sais que c'est sa maladie qui fait ça. Mais ça existe, il ne faut pas se voiler la face » (entrevue, 26 mars 2015)	
Situation 25 : Augmentation des prix du service de coiffure; des prix variables d'un résident à l'autre (CHSLD)	<p>Un membre du CU 1, qui siège aussi à un CR, « souligne que les coûts pour la coiffeuse ont augmenté de 50 % et varient d'une personne à l'autre ». Il en a fait part à la coordonnatrice qui verra comment ça se passe ailleurs (observation, 8 janvier 2015).</p> <p>La coordonnatrice du CU 1 dit : « les familles se plaignaient parce que dans ce CHSLD, une semaine, la dame se fait couper les cheveux, lavé et placé, ça lui coûte 20 \$, la semaine suivante, c'est un 50 \$. (...) Les prix étaient affichés, mais ils ne l'étaient pas clairement. (...) [La coiffeuse] les avait affichés, mais c'était tout petit et très caché ». Pour la coordonnatrice, « c'est pratiquement de <b>l'abus financier</b>, ce n'est <b>pas normal</b> qu'elle [la coiffeuse] change de prix d'une personne à l'autre » (entrevue, 26 mars 2015).</p>	Abus financiers Et Situation pas normale (coordonnatrice)
Situation 26 : Usager âgé considéré violent par une travailleuse sociale (centre hospitalier)	La coordonnatrice du CU 1 raconte : « le beau-fils d'un monsieur m'a téléphoné. Son beau-père restait avec lui à la maison, un logis parental. La conjointe du monsieur n'allait pas bien. Elle était sur ses derniers jours. Le monsieur est âgé de 80 ans (...) C'est un homme calme. Il n'est pas violent. Il a ses repères dans la maison. Il avait été accepté dans une RI parce qu'il devenait un peu plus lourd à gérer dans la maison. Les derniers jours de vie de sa conjointe, ses troubles cognitifs s'amplifient, il devient difficile à gérer. Le beau-fils décide de le faire hospitaliser au centre hospitalier. Entre dans le dossier une travailleuse sociale. Le monsieur vient d'arriver. Il est désorienté. Il sait que sa femme est en train de mourir. Il est dans une chambre, il ne sait plus il est où. Son état devient plus violent. Elle l'étudie et déclare qu'il est violent. Avec ce diagnostic, il ne peut plus aller dans la RI près de la résidence de sa fille et de son beau-fils, qui est retourné de tout ça. Son beau-père n'est vraiment pas violent. Ce n'est pas dans ses habitudes. Il a de la médication, mais c'est vraiment minime, il est revenu à la normale. Il est doux. Le personnel sur le plancher le constate aussi au centre hospitalier, il est tout à fait normal. Il n'est pas encore dans l'état d'aller dans un CHSLD parce qu'il est quand même autonome, d'une certaine façon. (...) Il y a une plainte qui va être déposée, je rencontre la famille lundi, concernant la travailleuse sociale qui a fait la mauvaise évaluation » (entrevue, 26 mars 2015).	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 27 : Commentaire désobligeant d'une employée de la cafétéria du CSSS	Il y a un monsieur qui a téléphoné la coordonnatrice du CU 1. Elle raconte : « il est allé à la cafétéria du centre hospitalier, mais il n'était pas rapide. Il est âgé, il a des tremblements. Il accompagnait sa dame pour des examens. La caissière de la cafétéria lui a dit de se dépêcher parce qu'elle n'avait pas que lui à traiter. Mais le monsieur ne pouvait pas se dépêcher. Il a 80 ans. Ça l'a blessé d'entendre ça. (...) Il se déplace avec une canne. Il dit : je ne suis pas une tortue, mais je ne suis pas rapide. J'ai une canne, puis	Pas de mot particulier qui ressort

	<p>envers un accompagnateur âgé d'une usagère âgée (cafétéria du centre hospitalier)</p>	<p>j'ai le cabaret dans une autre main et là j'arrive et j'ai de la difficulté parce que la cafétéria est bondée de monde à l'heure du dîner. On lui dit : vous ne pouvez pas aller plus vite? Il y a eu un commentaire très désobligeant et le monsieur m'a dit : je me suis senti jugé, démuni, (...) ça m'a vraiment déstabilisé. Il s'est senti déstabilisé de ça, désemparé même. Il ne veut pas porter plainte. Il veut juste qu'ils [les employés] prennent conscience : qu'on n'est pas tous jeunes, puis qu'on a des capacités réduites. Il dit : je suis encore fonctionnel, mais je ne suis pas rapide, puis là évidemment qu'avec ma canne, mon cabaret, sortir mon porte-monnaie, oui je prenais plus de temps que les autres, mais je crois que j'avais le droit de ce temps-là aussi. Il avait tout à fait raison » (entrevue, 26 mars 2015).</p>	
CU 2	<p>Situation 1 : Laver la moitié du corps des usagers à un moment et l'autre moitié à un autre moment (CHSLD)</p>	<p>Un usager a porté à l'attention de la coordonnatrice que la moitié du corps des usagers était lavé à un certain moment et que l'autre moitié du corps était lavé à un autre moment. La coordonnatrice en a parlé à la présidente du CU 2. L'usager a dit à la coordonnatrice que c'était une expérience pilote à l'hôpital. La présidente dit que c'est peut-être un employé qui a commencé à laver l'usager, il a ensuite eu un appel et il a dû revenir plus tard pour terminer la toilette. Il peut aussi s'agir d'une blague (entrevue, 5 novembre 2014).</p> <p>La présidente du CU 2 explique dans une autre entrevue : « j'ai aussi entendu <b>une situation qui n'avait pas de bon sens</b> qu'on lavait la moitié du corps le matin et l'autre moitié l'après-midi. Avec le nouveau projet paritaire, il faut lever les patients pour les amener déjeuner. Les gens qui ont des culottes d'incontinence le matin, on ne les amène pas déjeuner avec la culotte d'incontinence sale. On les lève, on change la culotte d'incontinence, on fait une toilette partielle, on les amène déjeuner. Après le déjeuner, on les ramène et on fait la toilette au complet. (...) Les rumeurs de ma ville qu'on appelle. Une personne membre du CU en a parlé à la coordonnatrice du CU 2 puis elle, elle m'en a parlé (...). C'était une mauvaise compréhension d'une réalité » (18 février 2015).</p>	<p>Situation qui n'a pas de bon sens (présidente)</p>
	<p>Situation 2 : Équipes qui ne changent pas les culottes d'incontinence des résidents de tout l'après-midi et les employés en pause (CHSLD)</p>	<p>Les résidents ne sont pas changés de culottes d'incontinence de tout l'après-midi. Certaines équipes de travail les laissent dans leurs selles. Ils sont changés par les équipes du soir. « Cette <b>situation n'a pas de bon sens!</b> » (membre du CU 2) (observation, 10 septembre 2014).</p> <p>Un invité à la rencontre du CU 2 (un rédacteur de journal de CHSLD) dit que sa mère hébergée au CHSLD venait de faire changer sa culotte d'incontinence, mais qu'elle gigotait beaucoup, elle avait l'air d'avoir mal aux fesses. (...) Je me suis dit il y a quelque chose qui se passe, <b>ce n'est pas normal</b>. (...) Il va voir les préposées qui sont en train de se bercer dans le salon. Il leur demande de venir voir sa mère. La préposée lui dit : « ben là... on est en pause! » Il est choqué. Il leur a répété que sa mère était en souffrance. Il va voir l'infirmière auxiliaire qui lui répond que ce n'est pas de son ressort. Il est retourné dans la chambre de sa mère. En regardant sa montre, il a calculé qu'après 25 minutes (montre en main),</p>	<p>Situation qui n'a pas de bon sens Et Une situation qui n'est pas normale (membre et invité du CU 2)</p>

	une préposée a enfin décidé de venir voir ce qui se passait (entrevue, rédacteur de journal de CHSLD, qui a assisté à la rencontre du CU 2, 10 septembre 2014).	
Situation 3 : Résidents qui frappent, se disputent et font peur (CHSLD)	La présidente du CU 2 dit : « il y a de la <b>maltraitance</b> entre les résidents (...) [dans les établissements] je sais que des fois les professionnels font attention de ne pas les mettre ensemble [les résidents] parce qu'il y en a qui frappent, qui se disputent, qui font peur. Il s'agit de personnes qui ont des troubles cognitifs » (entrevue, 5 novembre 2014).	Maltraitance (présidente)
Situation 4 : Délais de réponses aux cloches d'appels (CHSLD et centre hospitalier)	La présidente du CU 2 dit : « il y a eu des problèmes comme pas de réponse aux cloches (...) quand tu attends trop longtemps, ce n'est pas des soins et oui c'est de la <b>maltraitance</b> ! » (entrevue, 5 novembre 2014).  Le trésorier du CU 2 dit : « pour avoir été en CHSLD longtemps, comme chef d'unité, les cloches d'appel, c'est souvent un problème le soir et la nuit parce que le personnel se trouve au minimum. Quand ils sont en train d'intervenir auprès d'une personne dans une chambre, si la cloche sonne pour un autre, bien, ils ne peuvent pas laisser cette personne-là comme ça, alors il y a un délai » (entrevue, 18 février 2015).	Maltraitance (présidente)
Situation 5 : Plaintes au sujet de l'alimentation (CHSLD)	La présidente du CU 2 dit : « des plaintes en alimentation, bon, est-ce que c'est de la maltraitance? Je ne sais pas (...). Il y avait des éléments qui devaient être corrigés de manière à tenir compte davantage des besoins et des goûts des résidents. Ces éléments touchaient à la logistique du service alimentaire, comme à la nécessité d'avoir des plateaux chauffants. Pour y arriver, il y a eu un programme de fait. Il y a une étude sur l'alimentation qui a été faite, qui a permis de proposer des correctifs. Avant, c'était ça qu'il y a au menu, c'est ça que vous mangez [les résidents]. Maintenant, il y a toujours deux choix de menus, qui varient selon les saisons. Il y a aussi des choses que les résidents peuvent avoir à la carte » (entrevue, 5 novembre 2014).	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 6 : Mourir dans la sérénité, les chambres à deux lits (CHSLD)	Le trésorier du CU 2 raconte l'histoire qui est arrivée à sa mère, résidente d'un des plus gros CHSLD du CSSS où le CU 2 œuvre. Dans les six derniers jours de sa vie, il y avait une présence continue auprès d'elle, par ses enfants. Elle se trouvait dans une chambre double. Il y avait donc une autre résidente à côté d'elle. Selon le trésorier, cela n'est pas nécessairement évident de voir une personne à côté de soi en train de mourir, et d'avoir toujours la présence des membres de sa famille. C'est bruyant. Si l'infirmier n'avait pas été occupée, c'est à cet endroit que sa mère aurait dû être placée, 24 heures/jours pour la fin de sa vie. Il s'agit d'un petit local où il est possible de recevoir la famille. Mais les infirmières étaient	Situation très désagréable (trésorier)

	<p>toutes occupées puisque les personnes en attente d'une place en CHSLD y sont placées. La famille est allée voir le chef d'unité et lui a proposé de placer le lit de la résidente dans le bout du corridor. Comme cet endroit tranquille est loin du poste des infirmières et des cloches d'appels, la famille a dit au chef d'unité qu'elle paierait une préposée pour qu'elle soit toutes les nuits auprès d'elle. La famille ne laissera pas la résidente seule. Le trésorier a dit que c'était mieux ainsi pour que sa mère retrouve la paix. Il dit : « sans se montrer alarmiste, c'est une <b>situation très désagréable à vivre</b> » (entrevue, 18 février 2015).</p>	
<p>Situation 7 : Mourir dans la dignité : des sacs pour la disposition des effets personnels (CHSLD et centre hospitalier)</p>	<p>Le journaliste du blogue du CU 2 écrit : « lorsqu'une personne décède, une série d'actions doivent être posées. Même s'ils sont souvent submergés par l'émotion, les parents et les proches doivent traverser ces étapes avec courage et, dans la mesure du possible, dans la sérénité. L'une des premières tâches difficiles qui leur incombent, c'est de disposer des effets personnels qui appartenaient au défunt. Que ce soit à l'hôpital ou dans un CHSLD, la réalité des choses veut que la chambre doive être « libérée » rapidement. On a remarqué que la plupart du temps, ces effets personnels étaient transportés dans ces fameux « sacs verts » qu'on utilise généralement pour les ordures. Commodes, certes, mais qui ne conviennent guère à l'affection et au respect que nous avons pour l'être cher. Un détail sans importance, certains diront. Je ne crois pas. Pour l'avoir vécu, je peux témoigner que dans ces moments charnières de l'existence, chaque détail compte et se grave profondément dans la mémoire. (...) Ce petit geste [offrir des sacs mieux adaptés aux proches endeuillés] cadre parfaitement avec le mandat du CU 2 [qui a notamment comme fonction] de promouvoir l'amélioration des conditions de vie des usagers, et ce, même après leur mort dans le respect des proches endeuillés » (article de blogue du CU 2, 2 juin 2014).</p> <p>La présidente du CU 2 a vécu personnellement cette situation avec son frère. Elle dit : « tu as beau t'apporter des choses pour transporter, tu te dis ah mon dieu, il me reste des affaires et tu mets ça dans des sacs verts. Pfff [elle fait comme si cela n'avait pas de bon sens] » (entrevue, 18 février 2015).</p> <p>Dans le rapport annuel du CU 2 (2013-2014), on y lit « nous [les membres du CU 2] souhaitons par ce tout petit geste contribuer aux conditions qui permettent de mourir dans la dignité et considérons que cette dignité doit être préservée même après la fin de la vie ».</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>
<p>Situation 8 : Bains qui ne sont pas donnés aux résidents (CHSLD)</p>	<p>Un membre du CU 2, qui réside dans un CHSLD, raconte qu'il y a une préposée attitrée aux grands bains. « Lorsqu'elle tombe en vacances, le grand bain tombe à l'eau. Les résidents sont lavés dans leur lit. Parfois, quand il manque d'employés, on a un bain par semaine, ben on saute une semaine ». Une autre personne membre du CU 2, qui réside aussi dans un CHSLD, dit : « ce sont ces journées-là que les employés se bercent. Pourtant, avoir un grand bain par semaine, c'est le minimum » (observation, CU 2, 10 septembre 2014).</p>	<p>Maltraitance (présidente)</p>

	La présidente du CU 2 précise que « les situations de <b>maltraitance</b> envers les aînés que le CU 2 entend, c'est que le bain n'a pas été donné » (entrevue, 5 novembre 2014).	
Situation 9 : Travail de deux préposées la nuit (elles bousculaient et faisaient la job très vite) (CHSLD)	La présidente du CU 2 dit : « il y avait deux préposés qui faisaient la job très vite et bousculaient les choses. Il y a une troisième comparse qui était là, qui a averti la direction, et les deux employés ont été congédiés sur-le-champ ». La présidente du CU 2 dit : « situation de <b>maltraitance</b> » en réfléchissant tout haut à cette situation (entrevue, 5 novembre 2014).	Maltraitance (présidente)
Situation 10 : Résidents désagréables (CHSLD)	La présidente du CU 2 dit : « l'année passée, il y a deux résidents, qui ne voulaient pas entendre parler du projet paritaire et ils étaient venus au CA pour se plaindre (...). Avec un membre du CU 2, on les a rencontrés (...). Je ne voulais pas les rencontrer seule parce que la directrice du programme hébergement-milieu de vie m'avait prévenue qu'ils pouvaient être très désagréables. Le personnel qui les traitait souvent sortait en pleurant des chambres. Il n'était plus capable de les tolérer. Leurs exigences étaient démesurées. C'était du genre, je garroche mes affaires à terre pis ramasse-moi ça! Le monsieur [un des deux résidents] se plaignait de ne pas avoir les soins et il nous avait manipulés un peu en nous disant qu'il déménagerait. (...) C'est moi qui l'ai <b>maltraité</b> . Il disait que son fils pourrait le placer dans la région d'Ottawa et qu'il serait pas mal mieux, que le monde avait plus d'allure là-bas. Alors je lui ai dit : allez-y à Ottawa! Au début je me disais, [les deux résidents] ont été manipulés par le personnel, pour embarqué de leur côté pour refuser le projet paritaire. En même temps, j'ai réalisé qu'ils usaient de leurs petits pouvoirs sur le personnel. (...) La <b>maltraitance</b> , c'est moi l'a fait quand je lui ai dit [à un des deux résidents], allez-y à Ottawa. Le problème c'est qu'il est encore ici et qu'il fait encore suer le personnel. Personne ne veut aller dans la chambre. Ils envoient quelqu'un et c'est bien sûr que quelqu'un y va, mais » (entrevue, 5 novembre 2014).	Maltraitance (présidente)
Situation 11 : Résident trisomique qui dérange (CHSLD)	La présidente du CU 2 dit : « il y avait quelqu'un qui dérangeait beaucoup, il avait un déficit cognitif grave, c'était un trisomique et tout le monde se plaignait (...) ça réagissait, comme s'il n'avait pas d'affaires ici [dans le CHSLD] (...). Il n'est pas question de tolérer que quelqu'un soit <b>maltraité</b> , mais ça dérange quelqu'un qui crie tout le temps, c'est fatigant, mais en même temps, je ne peux pas le contentionner, l'assommer à longueur de journée. C'est un milieu de vie communautaire » (entrevue, 5 novembre 2014).  Dans une autre entrevue, la présidente du CU 2 dit : « ça a été de faire comprendre que [le résident trisomique] avait droit aux services. (...) La personne n'est plus sur le CR. Elle venait voir sa sœur (...)	Maltraitance (présidente)

	<p>c'était la sœur d'une résidente qui restait à côté du trisomique. La résidente ne se plaignait pas. (...) Elle allait voir sa sœur de temps en temps et ça la dérangeait (...) Sa façon d'intervenir m'avait heurté très profondément, personnellement, c'était ce monde-là, ça ne devrait pas être ici. Ce monde-là, c'était le trisomique. Mon frère était trisomique, ma réponse a été assez cinglante. Je lui ai carrément dit qu'on n'avait pas à évaluer nous-mêmes, le comité, les gens qui rentraient. Quand une personne est au centre, c'est un usager qui a les mêmes droits. Qu'il soit trisomique, Alzheimer ou physiquement handicapé, incapable, il n'y a pas de différences. C'est sorti très raide. (...) J'ai assisté à la réunion du CR et elle a sorti cela publiquement et j'ai sorti publiquement que les droits des usagers c'étaient les mêmes droits pour tout le monde, qu'on n'avait pas de sélection ni de ségrégation à faire. Ça n'a pas été tout à fait bête, mais cinglant » (18 février 2015).</p>	
<p>Situation 12 : Résidente qui a une plaie et qui refuse de changer son pansement : l'inaction de l'infirmière (CHSLD)</p>	<p>La présidente du CU 2 dit : « il y a une patiente qui a un problème cognitif. Elle avait une plaie et elle refusait de changer son pansement. L'infirmière se disait, elle refuse, elle refuse. Mais un moment donné, voyons ça sent mauvais. Il y a eu un congédiement de l'infirmière. La direction générale a une formation en infirmière, alors quand le patient refuse un traitement, oui, une fois, mais le lendemain, il faut que tu le convainques de changer son pansement et ce n'est pas vrai que tu laisses la personne comme ça. La <b>situation était rendue grave</b>. La personne était dangereuse pour elle-même. Il fallait que l'infirmière intervienne, mais elle ne l'a pas fait, elle n'est plus ici. <b>Les situations où ça s'est détérioré</b> comme cela, ça ne se reproduit pas parce qu'ils (les employés) partent » (entrevue, 5 novembre 2014).</p>	<p>Situation grave Et Situation qui s'est détériorée (présidente)</p>
<p>Situation 13 : Maltraitance financière envers les résidents par les membres de leur famille (CHSLD)</p>	<p>La présidente du CU 2 dit : « la <b>maltraitance financière</b> je ne l'ai pas vue, je ne sais pas, peut-être que si l'on questionnait le personnel, on aurait un autre son de cloche, parce que le personnel voit les visiteurs. (...) la maltraitance financière, c'est plus le fait des membres des familles des fois. Je sais qu'il y a des gens qui ont de la visite quand les chèques sont déposés » (entrevue, 5 novembre 2014).</p> <p>Dans une autre entrevue, elle dit : « ça c'est clair, le personnel le sait, quand il y a de la visite pour ça. On n'a rien pour le documenter. Ces gens-là ne le disent jamais [les résidents]. Si tu poses la question, ils vont toujours le nier. (...) Le personnel nous le dit : lui là, il n'a jamais de visite, mais quand les chèques sont déposés, il y a une petite visite qui ne dure pas longtemps. (...) on le sait, tout le monde le sait, mais en même temps, surtout ceux qui sont dans les centres, ils voient bien que Mme une telle n'a jamais de visite sauf quand l'argent sort. Mais Mme une telle ne veut rien dire, puis non ce n'est pas vrai. (...) les situations familiales, c'est comme la violence familiale, c'est très difficile de les faire sortir. Les gens en CHSLD ont toujours peur de porter plainte parce qu'ils se disent que ça va être pire. On a beau mettre des garanties, c'est évident que s'il y a une plainte et si le résident a des conséquences pour sa plainte la personne qui fait les conséquences elle est congédiée immédiatement. C'est clair. Mais les gens ont encore peur de porter plainte » (entrevue, 18 février 2015).</p>	<p>Maltraitance financière (présidente)</p>



Situation 14 : Contentions chimiques et les comportements agressifs ou irritants (CHSLD)	La présidente du CU 2 dit : « il y a des gens souffrant de graves problèmes, surtout les traumatisés crâniens résidents, qui sont extrêmement agressifs. Ce sont des résidents dont la chambre est barrée et ils ne peuvent pas en sortir parce qu'ils sont dangereux pour le personnel, pour qui intervient. Je sais qu'il y a un cas où [les membres du personnel] ne peuvent pas faire la toilette de cette personne-là tant que sa mère n'est pas là. La journée que la mère va mourir... Si elle ne peut pas venir, il faut que dans sa nourriture ils mettent un calmant pour pouvoir l'approcher pour lui faire sa toilette. (...) C'est un cas extrême là (...). Pour les contentions en général, c'est sorti à l'occasion. On s'assure dans ce temps-là, au cours de la discussion, que c'est une raison médicale, que toutes les règles de l'art sont suivies parce qu'une contention chimique on s'entend... Des fois, au niveau du CU 2, on reçoit surtout des choses de santé mentale, où ils téléphonent et ils disent je suis retenu ici contre mon gré, ça ne se peut pas. On transfère alors à la commissaire qui va faire enquête, puis souvent la personne ne se souvient pas, elle n'a pas connaissance ou elle ne veut pas reconnaître qu'il y a un ordre de cours. (...) Il y a des gens en santé mentale qui appelle quelqu'un puis c'est une ordonnance de cours, il a 60 jours. Tu dois respecter l'ordonnance de cours. C'est une contention, mais on regarde l'ordre de cours, ça été faite de telle façon, c'est de cela que l'on s'assure pour que ses droits soient respectés (...) Si le juge décide que tu es internée pendant un mois et bien tu es interné pendant un mois. Ce n'est pas une mesure punitive, c'est une mesure pour te donner le traitement, souvent les schizophrènes » (entrevue, 18 février 2015).	Pas de mot particulier qui ressort
Situation 15 : Changement de lit d'un monsieur âgé aux prises de problèmes cognitifs (pas d'informations sur l'endroit)	La présidente du CU 2 dit : « il y a quelqu'un qui m'a posé une question ce midi, je l'ai référé à la directrice adjointe. On disait que l'on voulait changer son père de lit, parce qu'il était maintenant en observation, mais il passait de la chambre 405 à 407, je n'avais aucune idée pourquoi. C'était quelqu'un qui avait des problèmes cognitifs et le moindre déplacement vient le perturber parce qu'il vient juste d'arriver. <b>Ça me semblait préoccupant</b> qu'on le change encore de place, deux pas plus loin, sur le même département, ça ne change rien là. J'ai signalé. (...) c'était une de mes anciennes élèves qui m'a posé la question pour son père » (entrevue, 5 novembre 2014).	Situation préoccupante (présidente)
Situation 16 : Ouverture des lits des résidents à 16 h 30 (CHSLD)	La directrice du programme hébergement-milieu de vie mentionne, à une rencontre du CU 2, que dans certains milieux, il y avait encore des pratiques institutionnelles comme d'ouvrir les lits des résidents à 16 h 30 et d'y mettre les piqués. Selon elle, cette pratique a été répondue (résolue). Un membre du CU 2, que sa mère est hébergée dans un CHSLD de ce CSSS, dit qu'il voit encore cette pratique régulièrement, que ça dépend des équipes en place. La directrice est étonnée. Elle dit qu'il s'agit d'une pratique inacceptable. Une autre personne membre du CU 2, résidente d'un CHSLD, mentionne que les employés font cela pour prendre de la vitesse. « Quand ils ont du temps, ils s'avancent ». La dirigeante dit que le CU est les yeux des dirigeants, elle prend bonne note de ces informations. Un membre du CU 2 dit faire	Pas de mot particulier qui ressort

		l'avocat du diable en prenant en compte le point de vue des personnels. Il dit : « par exemple, si la personne ne veille pas dans sa chambre, c'est peut-être OK d'ouvrir le lit ». La dirigeante dit : « non, parce que, par exemple, si un membre de la famille [d'une résidente] vient lui rendre visite, elle voit le piqué de sa mère sur son lit, la dame va peut-être se sentir gênée de voir que sa fille, voit qu'elle est incontinente, qu'elle mouille son lit » (observation, 10 septembre 2014).	
	Situation 17 : Animaux dans les CHSLD (CHSLD)	La présidente du CU 2 dit : « je me souviens d'un cas où c'était des animaux dans les CHSLD, avec les infections. C'est sûr qu'il y a de la zoothérapie qui se fait dans un local, pour ne pas que ça se repende à la grandeur du centre, pour les gens qui sont allergiques, puis se sont des gens vulnérables, tu ne peux pas les exposer. Il y a des règles bien précises, mais ça, pour établir ça, on a travaillé très fort, le CU 2, les microbiologistes, on a consulté un avocat. Ça été long cette démarche-là, mais on en est arrivé à, que les chats, tu ne peux pas promener ça partout. Les microbiologistes disaient non. Tu ne peux pas promener ça partout. Mais bon, tout ça provient d'une patiente qui avait entré un chat même si elle savait qu'elle n'avait pas le droit » (entrevue, 5 novembre 2014).	Pas de mot particulier qui ressort
	Situation 18 : Volonté de protéger son conjoint pour qu'il ait de bons soins; la résidente qui frappe les autres résidents (CHSLD)	Un des personnes membres du CU 2 dit qu'elle n'a plus de proche au CHSLD (son mari est décédé), mais qu'elle continue de s'engager dans le CU et un CR. Elle a 71 ans et a commencé à s'engager dans un CR parce qu'elle allait visiter son mari presque tous les jours au centre. C'était une façon pour elle de s'assurer qu'il ait de bons soins (entrevue, 10 septembre 2014).  Elle dit : « ça manquait de surveillance. Il y avait une personne résidente en fauteuil roulant, et quand elle passait à côté des autres résidents, à la salle à manger, elle les frappait avec sa chaise. Une fois, elle a même pris son soulier et elle a frappé un résident. Il manquait de personnel durant les repas. (...) Je suis allée au CR pour prendre soin de mon mari, mais aussi parce que j'avais un grand besoin de le voir. Je suis devenue amie avec le personnel. Je voulais protéger mon conjoint » (entrevue, 18 février 2015).	Pas de mot particulier qui ressort
CU 3	Situation 1 : Maltraitance financière envers les résidents par leurs enfants (CHSLD)	Le président du CU 3 dit : « je sais qu'il y en a eu au niveau des enfants [de la <b>maltraitance</b> faite aux aînés par leurs enfants]. Il y en a ici, c'est sûr. [Des enfants] viennent au début du mois. Tout de suite, tu peux suspecter qu'ils viennent chercher de l'argent. Il n'y a pas d'enquête de fait, il n'y a rien de formaliser, mais les membres des CR, de deux CHSLD, ont déjà dit qu'il y a plus de monde le premier, le deux et le trois du mois. C'est juste un constat, ce n'est pas une preuve. Ce n'est pas parce que je dis cela que c'est vrai qu'il en est arrivé, mais on peut soupçonner qu'il y en a, mais on n'a pas fait d'enquête comme telle » (entrevue, 19 mars 2015).	Maltraitance (président)
	Situation 2 : Temps de réponse	Le président du CU 3 dit : « un [membre du CU 3, qui siège aussi à un CR] dit que le temps de réponse, le temps de réaction au besoin d'élimination, ça n'a pas de bons sens, c'est bien trop long, <b>ça n'a pas</b>	Maltraitance (président)

<p>trop long pour répondre aux cloches d'appels pour les besoins d'élimination des résidents (CHSLD)</p>	<p><b>d'allure</b> (...) monsieur le président, on va rencontrer le secteur (...). J'ai dit : OK, j'entends ce que tu me dis, mais si ça se passe chez vous, il y a des chances que ça se passe ailleurs. On ne partira pas en peur, on va documenter notre chose. (...) Dans chacun de vos CHSLD, essayez de voir les temps, si c'est plus de 10 minutes, 15 minutes, les phrases qui sont dites aux usagers ou aux résidents, dans le sens : fais-le dans ta couche et je vais te changer tantôt! En tout cas, mettez-en une panoplie comme ça. Il y a du monde qui s'amuse dans le corridor, il y a deux employés qui placotent, qui ont du fun au poste, ils ne répondent pas aux cloches pendant ce temps-là. (...) Les choses qui n'étaient pas acceptables. (...) [C'est] le dossier qui a pris le plus d'énergies, le plus de temps dans les dernières années par rapport à, parce que j'appelle ça de la <b>maltraitance</b> » (entrevue, 22 septembre 2014).</p> <p>Dans une autre entrevue, le président du CU 3 dit : « ça arrive que nous entendions des gens dire que ça a pris du temps, mais je n'ai pas de paroles dans le genre : fait-le dans ta couche, on te lavera tantôt. On avait ça et pas juste à une place » (entrevue, 19 mars 2015).</p>	<p>Situation qui n'a pas d'allure (membre du CU 3)</p>
<p>Situation 3 : Divergences d'opinions, de visions, quant à la réponse aux besoins des résidents (CHSLD)</p>	<p>Le président du CU 3 dit : « j'ai parlé 20 minutes avec un monsieur [du public] jeudi soir passé, après une soirée sociale, il m'a parlé d'un CHSLD qui a une bonne réputation selon lui, et que là <b>ça n'a plus d'allure</b> (...), il m'en a sorti. (...) Il était très, très émotif, puis je ne le connaissais pas comme ça. J'ai déjà travaillé sur le plan professionnel avec. Puis samedi midi, j'ai rencontré quelqu'un [une dame du public] que sa mère est là, est dans le même centre puis pour elle le centre c'est de l'or en barre. Elle remercie continuellement le personnel de prendre soin de sa mère et de lui assurer une qualité de vie qui a de l'allure. J'ai les deux extrêmes. Je ne suis comme pas capable. (...) Peux-tu trouver une tendance. Les observations qu'ils me faisaient, je n'étais pas capable de mettre le doigt sur une chose spécifique. C'était brouillon, puis il n'est pas comme cela d'habitude. Il est exigeant puis tranché dans sa job (...) (entrevue, 22 septembre 2014).</p> <p>Dans une autre entrevue, le président du CU 3 explique : « je pense que c'est quelqu'un qui se sentait tout croche d'avoir eu besoin de placer sa mère, du comment ça se passait après. Pas juste cette journée-là. Quand tu te sens coupable de quelque chose, tu vas justifier ton affaire avec plein de critiques. (...) Il était tout croche et c'est clair pour moi qu'on n'est pas au Reine Élisabeth quand on est ici. Répondre aux besoins du résident entièrement, il faudrait que l'établissement mette plus de monde, plus d'argent, alors les besoins sont peut-être répondus à 70-75 %. Toute la partie contact, d'être présent, de parler avec, ce sont des besoins que des résidents ont peut-être plus et d'autres moins » (entrevue, 19 mars 2015).</p>	<p>Situation qui n'a pas d'allure (président)</p>
<p>Situation 4 : Violences entre les</p>	<p>Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit qu'il y a des <b>violences</b> entre les résidents dans un îlot adapté de CHSLD (il a pris connaissance de ces violences en allant visiter son père hébergé). Il dit :</p>	<p>Maltraitance Et</p>

résidents (îlot adapté de CHSLD)	<p>« c'était très, très turbulent. Les gens dans les ilots c'était des cris, c'était entre eux, sans être des grosses agressions, c'était des formes d'agressions dont j'ai été témoin. (...) Ils y avaient des gens qui arrivaient dans des états, je pense, de troubles mentaux assez importants. Je voyais, entre autres, une cliente, pousser par une autre cliente [derrière le fauteuil roulant], qui disait : laisse-moi! Ne pousse pas, je ne veux pas que tu me pousses! Puis là, elle la pousse, et il y a un genre d'appui-tête et on a pu voir sa tête comme ça, BANG, revoler en arrière! (...) La dame qui a subi cela se tenait la tête par la suite. (...) J'ai vu aussi une cliente en pousser une autre, tombée par terre. (...) L'infirmière-chef nous a expliqué que cet été, il y a eu beaucoup de changement de clientèle (...), [les résidents] arrivent évidemment dans des états, il faut qu'ils soient vus par le médecin, [pour] les aider en utilisant de la médication. (...) Je ne trouve pas admissible qu'un client soit brusqué par même un autre client. Il peut y avoir des séquelles de ça. D'ailleurs, il y a une dame qui est tombée et ça [il fait comme si cela le dépassait] ». Il ajoute que sa sœur, qui siège aussi au CR, a vu une dame qui était attachée à son fauteuil roulant pour ne pas qu'elle tombe. Une autre résidente lui a donné une tape. « On ne peut pas prévenir ça, ce geste est imprévisible ». Une autre fois, il est arrivé dans l'îlot et il dit : « un monsieur était presque nu, il continuait de se déshabiller. Il y avait un préposé à côté, quand il m'a vu entrer, il est allé voir le résident pour l'habiller, mais il y a eu un délai, s'il ne m'avait pas vu... » Pour ces situations, il dit : « pour des personnes qui peuvent être entre guillemets <b>maltraitées</b> [rires comme malaise de dire ce mot], c'est tellement complexe, qu'on ne sait pas trop comment arriver à le prendre » (entrevue, 18 septembre 2014).</p> <p>Le membre du CU 3 ajoute aussi : « mon père, c'est arrivé déjà un après-midi il n'a pas eu sa collation. J'arrive et j'ai juste à aller voir la préposée et lui demander. Je résous le problème. Il n'a pas eu sa collation, est-ce que ce serait possible de lui en donner une et voilà. Ça marche et tout ça est résolu. Ce genre de problèmes était amené souvent au CR. Un moment donné il faut arrêter. Ça peut être apporté une fois, mais ce n'est pas à toutes les réunions qu'on va parler des bananes et des toasts sèches. Mais ce que je vous ai parlé cet été par rapport à la turbulence [les violences entre les résidents], c'est plus majeur qu'un problème de nourriture ou un problème de pain ou de médicament, qui peuvent être ciblés. Tu peux trouver une nutritionniste, on discute, il y a plusieurs personnes qui se sont plaintes de ça, il faut qu'on apporte une solution. Ça se corrige. C'est facile, c'est des choses vraiment physiques » (entrevue, 18 septembre 2014).</p> <p>Le président du CU 3, quant à lui, dit en entrevue : « par rapport à une des deux unités (...), ma conjointe, sa tante était là et elle a été bousculée par une autre résidente d'une façon, disons la tante 80 livres mouillées, pis l'autre qui mesure 5 pieds 8, qui pèse 230. Quand elle lui donne une poussée, c'est sûr qu'elle revole. La dernière fois qu'elle a été bousculée, une semaine après elle est morte. Il y a une enquête [du coroner], il y a une plainte qui a été portée. (...) La dame costarde qui écrasait l'autre, ça faisait deux semaines qu'elle était là seulement (...) Quand quelqu'un arrive, avant que le comité se</p>	Violences (membre du CU 3)
--	---	-------------------------------

	<p>penche sur la médication, la personne peut être plus agressive » (<i>premier cas</i>) (22 septembre 2014).</p> <p>Un deuxième cas c'est aussi produit dans cet îlot, 8 à 10 semaines après le premier cas. Dans le journal local, il était écrit : « la sœur [d'un] résidant du CHSLD x, décédé le x, trois semaines après avoir été frappé à coups de soulier par un autre usager dit : ce que j'espère en dénonçant, c'est que les témoins dénoncent ce qu'ils voient, qu'ils cessent d'avoir peur des représailles. En dénonçant, de place en place, il n'existera plus d'endroits comme celui-là. (...) Avant même le décès de son frère, [elle] avait entrepris des démarches pour porter plainte à l'encontre du CHSLD. Elle considérait que depuis qu'il avait été transféré à l'unité (...), son frère était devenu le punching bag des résidents aux comportements agressifs. Elle ne saurait dire le nombre de fois où il a été frappé, tassé jeté par terre : Mon autre frère et moi nous étions opposés à ce qu'il soit transféré là, sachant que l'unité avait mauvaise réputation avec ses cas d'agressivité. Même des gens du personnel s'étaient étonnés qu'on le transfère. Elle dit que leur voix n'a pas été entendue. Comme elle ne l'est jamais quand on fait des demandes et des suggestions. Elle parle de cette fois où, à la suite d'une chute (avait-il été poussé?), elle a demandé à ce que son frère puisse obtenir un scan afin de déterminer l'ampleur de ses blessures internes » (<i>deuxième cas</i>) (journal du 12 novembre 2014).</p>	
<p>Situation 5 : Difficulté l'été que tous les résidents aient leur bain par manque de personnel (CHSLD)</p>	<p>Le président du CU 3 dit : « il y a eu une autre période où il y avait une difficulté l'été que tout le monde aille son bain, il manquait de personnel (...) et des fois ça sautait une semaine (...) en été, il fait chaud, pis me semble » (entrevue, 22 septembre 2014).</p> <p>Dans une autre entrevue, le président du CU 3 dit : « il y avait des gens qui l'avaient [leur bain] ou il y avait des périodes allongées dans le sens que s'il y avait 5 ou 6 bains qui sautaient, l'autre semaine ce n'étaient pas les mêmes 5-6 qui sautaient » (entrevue, 19 mars 2015).</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>
<p>Situation 6 : Arrêt du service de transport aux cliniques de jours pour les personnes en pertes d'autonomie (cliniques de jours)</p>	<p>Le président du CU 3 dit : « une <b>maltraitance</b>, ce peut être des gestes qui sont posés ou des gestes qui ne sont pas posés et qui devraient l'être. Si je parle au niveau d'une direction, ce peut être une direction qui dit on arrête tel service à la clientèle, pis les personnes en aurait besoin. Qui peut être justifié parce que financièrement ils sont coincés [les directions]. (...) Si je prends il y a un an et demi, deux ans, le transport pour les cliniques de jours pour les personnes en pertes d'autonomie, ils ont diminué la contribution financière pour le déplacement. C'est vrai que le centre de santé ce n'est pas un organisme qui fait du transport, ce n'est pas sa mission, ils ont quand même retiré des choses. Cela a brassé. (...) Je n'étais pas d'accord avec la manière que c'était faite. Ce n'était pas rétroactif, mais ça commence demain matin. Que les nouveaux ne l'aillent pas c'est correct, mais les anciens qui l'ont, donne-leur encore au moins trois mois ou six mois, averti les. Parce que oui il y avait des sommes importantes. Si je vais chercher une personne à Ste-S. pis je l'amène à V. pour des traitements des si des sa, en fonction de</p>	<p>Maltraitance (président)</p>

	maintien à domicile, pis que ça me coute 150 \$ par semaine pour le faire, comme administrateur, on pose des questions. Mais si je le donne, on doit donner un temps de réaction, puis les municipalités, organisez du transport entre vous, ou des réseaux de bénévoles. (...) » (entrevue, 22 septembre 2014).	
Situation 7 : Problème de structure dans l'organisation des repas (CHSLD)	Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit que dans un CHSLD, il y a un problème de structure, dans l'organisation des repas. Les résidents mangent le plat principal avant la soupe. Le temps pour les repas est de 25 minutes même s'il est supposé d'être de 45 minutes. Elle raconte : « [il y a] un décalage au niveau de l'alimentation. [Cela] ne <b>correspond pas du tout à la norme</b> des Nord-Américains (...) des Québécois. (...) La séquence des aliments, mais surtout comment on arrive jusqu'au dernier aliment. On sait que les personnes les moins autonomes sur le plan de s'autoalimenter ne bénéficieront pas du menu au complet. C'est arrivé de nombreuses fois que des familles viennent nous confier [au CR] leurs doléances quant à ça. C'est un sujet tellement universel, qu'on peut dire au mois de novembre, on a eu tant de plaintes là-dessus, au mois de décembre, on en a une nouvelle et ça ne cause pas préjudices à personne parce que ça devient un sujet partagé. (...) ». Elle dit qu'elle ne peut pas tout raconter puisque c'est à faire frissonner. Elle a vu que le met principal d'une personne lui a été enlevé parce que cette dernière avait de la difficulté à manger (entrevue, 18 décembre 2014).	Une situation qui ne correspond pas à la norme (membre du CU 3)
Situation 8 : Représailles de la part d'une chef de service envers une résidente (CHSLD)	Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « je savais par une autre famille, dont le fils est docteur en psychologie et sa femme, une gestionnaire du réseau, capable d'objectiver la problématique de la maman, et c'est la maman qui a eu des conséquences après qu'il y a eu vraiment processus de plainte jusqu'à la commissaire. La maman a été engueulée par la chef de service de l'époque. C'était des <b>représailles</b> . (...) [Ils] se sont aperçus que leur mère avait eu des représailles directement de la chef de service de l'époque. C'est extrêmement lourd ce que je vous raconte parce qu'elle reprochait à la maman de dire ce qu'elle vivait quoi. C'était une tour de Babel à n'en plus finir. Plutôt que d'essayer de travailler le dossier, ils ont demandé de changer de CHSLD. Ils l'ont obtenu. Moi j'ai dit à ce psychologue-là, vous voulez qu'on vous rencontre avec le président du CU 3, pour essayer de faire une lumière sur ce dossier, parce qu'il m'apparaît <b>vraiment préoccupant</b> . On était pratiquement dans une <b>violence verbale</b> venant d'un membre du personnel sur un client qui s'est plaint. Puis, ils ont décidé de prendre leur mal en patience et de vraiment recommencer une toute nouvelle façon de travailler, dans un autre CHSLD, plutôt que de dévoiler ce que la maman avait vécu ici. (...) Ils ont rebroussé chemin parce qu'ils ont pensé que c'était sans espérance de succès. Et c'était aussi parce qu'ils voyaient qu'il y avait eu une communication tellement négative que la mère avait été obligée d'essayer, qu'ils avaient décrochée ont aurait dit » (entrevue, 18 décembre 2014).	Représailles Et Dossier préoccupant Et Violence verbale (membre du CU 3).
Situation 9 : Résidents tous	Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « on est censé être dans une approche prothétique. Pourquoi à 9 h le soir [les résidents] sont déjà tous couchés, sans exception? De 9 h jusqu'à	Pas de mot particulier qui ressort

couchés à 21 h (CHSLD)	la fin du chiffre, on a des membres du personnel devant le téléviseur et ils vont faire des tournées. Une par heure, je pense, avec une lumière de poche. Je trouve qu'il y a une inefficacité. C'est surtout les besoins des clients parce qu'il y en a là-dedans qui veulent jaser. Il y a des personnes qui ne sont pas soumises au 9 h, il n'y a pas de couvre-feu, alors c'est ceux qui sont capables, en fait qui peuvent avoir un trouble neurocognitif léger ou quoi que ce soit, c'est des personnes handicapées physiques, soit des traumatisés crâniens qui se sont retrouvés vraiment en besoin CHSLD. Nous, au CHSLD, ce n'est pas plus que 8 personnes sur 100, qui auraient la liberté de se coucher un peu plus tard qu'à 9 h. Toutes les autres sont amenées au lit à partir d'après le souper. Ils ne le font pas chambre après chambre. Ils le font, Mme telle, Mme telle, mais à 9 h, tout le monde y est passé quoi. Tout le monde est dans son lit » (entrevue, 18 décembre 2014).	
Situation 10 : Placement de son mari en CHSLD (à une personne membre du CU 3) et la non-venue de l'infirmière lors de sa paralysie (CHSLD)	<p>Pour une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, le fait de placer son conjoint en CHSLD est un préjudice « indescriptible, pas de mots pour ça » (entrevue, 18 décembre 2014).</p> <p>Elle essaie, en étant au CR, que les autres familles ne vivent pas la même chose qu'elle, comme les interdits. « Nous interdire de prendre des coussins de chaleur parce que ce n'est pas dans les méthodes du CHSLD. On es-tu dans le milieu de vie ou on ne l'est pas? Mon mari s'est tellement questionné à savoir où il était. C'est une expérience limite de vivre le couple amoureux lorsqu'une personne va vivre les pertes cognitives puis de devoir donner du sens à ça en CHSLD. On est rentré au public parce qu'il avait fait l'OMC et il était tellement parlant que c'était clair que ça prenait un milieu fermé pour lui, le niveau de soutien était très élevé. Quand on était à la maison, il y a des fois que je rentrais dans des épuisements physiques considérables et je ne voyais pas d'issues. Il n'y avait personne pour nous aider (...). Comment on va faire? Je l'ai dit à une de mes amies, j'en étais à me poser la question, est-ce qu'on ne serait pas mieux de s'enlever la vie tous les deux? Alors que j'ai beaucoup d'outils dans la vie, mais on en arrive à ça. C'est le niveau de la souffrance physique de la personne qui ne trouve pas de solution. Un mois après qu'il fut entré en CHSLD (...) il a arrêté de me demander tous les jours, nous autres, on est séparé? On est divorcé? Il voulait savoir ça quand je m'en allais. Il ne comprenait pas dans quoi il était. C'était vraiment difficile (...). J'aimais mon mari par-dessus tout, j'étais complètement disponible. J'étais reconnaissante au milieu de me permettre ça, parce que ça allait finir en beauté lui et moi. Ce n'est pas rien dans un couple. Mais en même temps, je voyais que ça tisonnait, c'était patent. Un élève du cégep aurait vu que <b>ça ne marchait pas</b>. Tout était <b>tabou</b>, non dit et il fallait se la fermer. Ça se ressentait. L'infirmière avait un leadership très négatif et très lourd. Le soir où mon mari a paralysé en mars 2013, je pleurais toutes les larmes de mon corps, il a paralysé devant mes yeux. J'ai demandé de l'aide. Je n'ai jamais eu l'aide de l'infirmière du département. Là, j'ai dit à mon mari, il n'y a plus rien qui va, ça ne marche pas. J'étais au désespoir total. L'équipe de jour a bien été obligée de faire le constat qu'il était devenu hémiparétique et cette fameuse femme [l'infirmière] m'a dit, mais vous n'en avez parlé</p>	<p>Situation taboue Et Ça ne marchait pas (membre du CU 3)</p>

---

à personne? J'ai dit, écoutez, j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps, elle a dit j'ai aucune note au dossier. Je n'ai rien. J'ai fait parler la préposée qui était là ce soir-là, puis qui aurait bien voulu me consoler, puis elle voyait bien que l'infirmière ne venait pas non plus. Parce que ça aurait été probablement un cas qu'on aurait dû hospitaliser la personne et il y aurait eu encore quelques interventions à faire d'ordre pharmacologique. Après ça, il s'est mis à faire ce qu'on appelle des spasmes. Sa situation est devenue très spastique. Ils ont été obligés d'intégrer la morphine et ça a été le début de la fin. Il avait une dose de morphine assez importante pour contrer la douleur, ça a épuisé ces systèmes. C'est comme ça que ça s'est passé » (entrevue, 18 décembre 2014).

---



<p>Situation 11 : Bénévole qui empêche une résidente « dérangeante pour le milieu » d'assister à la messe (CHSLD)</p>	<p>Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « une personne me racontait cette semaine qu'un bénévole empêchait une cliente d'entrer pour aller à la messe. Pour elle, c'est sa vie la messe. Je ne sais pas pourquoi, je n'en connais pas plus, il y a peut-être une raison, mais la personne qui a vu ça, elle était blessée de voir ça [une autre personne membre du CU 3]. Ça l'a touché beaucoup sachant que cette personne là, ça fait deux ou trois ans qu'elle l'a connaît, pis qu'elle la voit venir à la messe tout le temps. Là, elle fut empêchée d'entrer. C'est une forme de petite <b>violence</b> » (entrevue, 18 septembre 2014).</p> <p>L'autre personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, raconte : « à l'été 2014, le CHSLD était en reconstruction matérielle (...). Nous étions (...) dans l'espace qui normalement est pensé pour la salle à dîner. Elle était aménagée pour la messe (...) et les bénévoles ont pris sur eux de sélectionner qui allait être accepté à la messe. (...) Les bénévoles sont extrêmement motivés, centrés sur leurs tâches. Maintenant, il m'apparaît qu'ils ne sont pas beaucoup formés. J'ai assisté à un incident, ou une personne qui a probablement une intelligence limite ou peut-être une déficience intellectuelle sociale (...), elle s'exprime énormément. Pour elle, la messe c'est son activité préférée, c'est vraiment, en plus qu'elle a une sœur qui habite aussi au CHSLD, puis souvent elles étaient placées l'une à côté de l'autre, et des fois c'est son frère qui vient les voir, puis ils sont ensemble pour écouter la messe. C'est une personne qui fait l'objet de beaucoup d'observations et de récriminations des membres du personnel, des autres résidents, parce qu'elle peut crier fort, longtemps, persévérer sur une demande. Elle est dérangeante pour le milieu. Elle voulait entrer dans l'enceinte pour la messe, mais on ne lui a pas permis. Elle s'est mise à crier fort. Elle disait des mots pas corrects. Moi je connais un peu cette personne-là pour avoir vécu un an et demi quotidiennement pour mon propre conjoint. Je savais un peu sur quelle note on pouvait jouer pour calmer la personne. Surtout qu'elle était à la place qu'elle aime le plus. Mais non. Il y a eu stimulation de son comportement négatif parce que la bénévole ne savait pas comment s'y prendre puis, d'après moi, elle a stimulé l'escalade du comportement et la madame est restée au fond du corridor complètement loin. Elle n'avait pas accès à écouter le prêtre en fait. Elle était vraiment retirée. La bénévole, en ne sachant pas comment intervenir, elle l'a juste mis plus loin. Elle l'a tassée dans le fond. Elle l'a mise au plus loin qu'elle pouvait. (...). J'ai été vraiment prise de compassion à ce moment-là et j'ai essayé d'aller soutenir la bénévole. En me fiant un peu qu'elle allait me reconnaître comme membre du CR (...). Mais ce n'est pas ça qui s'est passé. Elle a été extrêmement tranchante avec moi. Elle ma vraiment éloignée physiquement comme quoi c'était elle qui savait comment faire. Mais c'était d'une <b>tristesse absolue</b>, plus personne ne pouvait écouter sa messe, parce qu'il y en avait une qui décompensait, et j'ai envie de dire avec raison parce qu'elle était malmenée. En fait, elle voulait juste sa place de personne en fauteuil roulant, avec les autres en fauteuils roulants dans l'enceinte » (entrevue, 18 décembre 2014).</p>	<p>Violence (membre du CU 3)</p> <p>Situation d'une tristesse absolue (membre du CU 3)</p>
---	--	--

<p>Situation 12 : Négligence au niveau de l'hygiène des lieux (CHSLD)</p>	<p>Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « on a un travail en silo entre gestionnaires, ceux qui s'occupent de l'hygiène des lieux, ceux qui s'occupent du volet alimentation et ceux qui s'occupent du volet clinique des résidents. Il n'y a presque pas d'interface entre eux. Elles sont secondaires par rapport à l'ampleur des besoins. C'est ce qui fait que l'on retrouve encore, année après année, avec les visites ministérielles, de la <b>négligence</b> pratiquement au niveau de l'hygiène des lieux, c'est visible, et c'est observé par beaucoup d'yeux (...). Quand on retrouve des parquets tellement collants que nos pieds font chik, chik, chik et qu'on assume le lavage des planchers et les serviettes deviennent noires. Qu'est-ce que l'on a en dessous de ça? On était en situation d'infection presque en continu, grippe, nommez-les toutes, gastro et ils fermaient les lieux. On ne pouvait plus aller voir nos gens » (entrevue, 18 décembre 2014).</p> <p>Le président du CU 3 dit, par rapport à l'hygiène des lieux : « majoritairement c'est correct, mais dans un CHSLD, il y a eu des problèmes. (...) comme au niveau du plancher, la mousse, les odeurs (...) » (entrevue, 19 mars 2015).</p>	<p>Négligence (membre du CU 3)</p>
<p>Situation 13 : Techniques pour faire les transferts (les pivots) aux personnes à mobilité réduite : une fois particulièrement violente (CHSLD)</p>	<p>Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « il y a des techniques pour faire faire les transferts, les pivots aux personnes parce que plusieurs sont à mobilité réduite, paralysie. (...) Moi j'ai assisté à ça plusieurs fois, mais dont une fois particulièrement <b>violente</b>, menée par un homme. Pour s'éviter d'appliquer les techniques au lit standard, [les membres du personnel] ont développé des techniques de travail plus rapide. Je les ai interrogés parce que je savais par l'ergothérapeute que ce n'était pas comme ça qu'il fallait s'y prendre et que ça faisait mal à mon conjoint. Il criait. Mais là, une préposée me disait oui, mais on se fait mal au dos si on ne le fait pas vite comme ça. Alors, ils accéléraient la manœuvre supposant qu'ils étaient en train de protéger leur propre dos. Mais ça ne tenait à aucune donnée. Ce sont des procédures qui glissent à travers le temps. Mais comme on n'a pas le personnel pour réviser ça, pour avoir un œil en continu, est-ce que nous sommes bien dans les applications exemplaires? Non » (entrevue, 18 décembre 2014).</p>	<p>Violence (membre du CU 3)</p>
<p>Situation 14 : Préposée qui a agrippé une résidente par le bras et qui l'a trainée dans sa chambre (CHSLD)</p>	<p>Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « il y a une autre observation qui a été faite par ma sœur, lorsqu'elle est venue visiter mon père [hébergé au CHSLD], c'était une cliente qui s'est mise à crier et tout ça, et bien la préposée, au lieu de la calmer, ma sœur a très bien vu qu'elle a agrippée par le bras et elle l'a trainée vraiment dans sa chambre, elle l'a rentré dans sa chambre et l'a laissé là (...) » (entrevue, 18 septembre 2014).</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>

<p>Situation 15 : Bains donnés aux résidents dans de grandes salles de bains froides (CHSLD)</p>	<p>Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « quand mon père est arrivé [au CHSLD], il était difficilement apprivoisable par le personnel. Il y a une dame, parce qu'il y a les bains, [les membres du personnel] donnent les bains [aux résidents] dans des salles de bains où c'est très grand et froid là-dedans. On a ben beau dire on va chauffer ça, mais (...) ils ont beau le partir [le chauffage], ils déshabillent la personne, puis si tu es assis sur une chaise et que tu douches la personne de même, tu peux avoir très très froid. Et c'est ça, la personne, elle l'a apprivoisée puis elle a trouvé une façon de faire, en lui mettant par exemple des serviettes chaudes sur lui, sur les parties où elle ne le lavait pas. Il y a des trucs pis elle a réussi à l'apprivoiser. Parce qu'un moment donné, quand il avait vécu ça une fois ces douches là, il ne voulait plus y retourner et on le comprend là. Même moi je n'irais pas et vous n'y iriez pas non plus. Pis lui, une fois qu'elle a pu l'apprivoiser comme cela, il appréciait vraiment que ce soit elle qui puisse faire ça. Parce que ce n'est pas tout le monde qui le fait. Mais elle, c'est une dame qui part bientôt à sa retraite, c'est <b>dommage</b> parce que c'est une personne qui a la vocation de travailler auprès de ces gens-là » (entrevue, 18 septembre 2014).</p>	<p>Dommage (membre du CU 3)</p>
<p>Situation 16 : Mixité des chambres (centre hospitalier)</p>	<p>Le président du CU 3 dit : « la mixité des chambres, maintenant la personne coche pour accepter si elle veut cohabiter à l'hôpital avec une personne du sexe opposé. La seule dérogative par rapport à ça c'est, je suis à l'urgence, faut que je monte à l'étage, la seule chambre qui est libre ça va provoquer une mixité, et si la personne n'accepte pas, le lendemain ou le surlendemain, la personne va être déménagée. Si la personne dit que ça ne lui dérange pas, ils n'en tiendront pas compte, mais si la personne c'est son souhait, on va le respecter. Ça été épique ça aussi » (entrevue, 22 septembre 2014).</p> <p>Dans une autre entrevue, le président du CU 3 dit : « ça remonte à 10 ou 12 ans. En fonction des résidents, ça n'a jamais été un problème. C'est à l'hôpital court terme. (...) On a déjà eu une personne membre du CU 3, puis elle dit : quand tu fais des examens et que le médecin ne tire pas nécessairement le rideau, puis en avant de toi c'est un monsieur et quand tu es organisée de même [tout écartillée], ça fait ordinaire. Pour la propreté au niveau de la toilette aussi » (entrevue, 19 mars 2015).</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>

<p>Situation 17 : Fermeture d'un des CHSLD (communauté et CHSLD)</p>	<p>Dans le PV de la rencontre du CU 3, du 15 mai 2014, il est écrit que « les membres du CU 3 expriment leur déception face à l'annonce de la fermeture d'un des CHSLD. Ils déplorent le fait que le CSSS ait diffusé les éléments finalisés du plan de développement sans l'avoir présenté d'abord aux membres du CU 3 qui l'ont appris par les journaux. Le président du CU 3 précise que d'autres étapes du processus étaient déjà en cours au niveau de l'ajout de places supplémentaires à deux RI et la dimension du CHSLD risquait de soulever trop de mécontentement. La confidentialité était de rigueur pour tous les membres du CA. (...) Cette situation (...) soulève autant de déception, de colère et de sentiment d'impuissance (...) la décision est irrévocable (...) Le CU 3 souhaiterait être informé, sous le sceau de la confidentialité, lors de prochains événements de cette ampleur. (...) Sensibiliser à nouveau la dg à savoir que le CU 3 souhaite être impliqué davantage dans l'élaboration des pistes de solutions lors d'évènements particuliers ».</p> <p>Dans une entrevue, le président du CU 3 dit que ce CHSLD fut fermé parce que « sur les 18-19 résidents (...), sauf 6 personnes, c'était des gens d'une ville plus loin. Tu envoyais la personne à ce CHSLD, deux semaines ou trois ou deux mois après, tu la ramenaient dans le coin. Tout déménagement, ça perturbe les résidents et ça fait plein de plaintes et de monde pas content. Le monsieur que sa dame est placée, qui a 78 ans et qui est capable de conduire dans la ville, il n'ira pas nécessairement au CHSLD où sa prend 35 à 45 minutes pour se rendre. L'hiver, c'est encore pire. Les visites sont plus rares. Il y a moyen de fonctionner autrement. Plus rentable émotivement aussi, plus rentable parce qu'il y a des frais de moins, et plus rentables en fonction de la qualité des services, de considérer les gens comme pas barouettés. Les 20 places elles ont été relocalisées en partie. (...) Entre la décision de fermer ce CHSLD et quand ça s'est fait, il y a eu quelques mois, je te dirais 4 ou 5 mois. Ça c'est fermé plus vite qu'ils ne le pensaient » (entrevue, 19 mars 2015).</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>
<p>Situation 18 : Procédures d'accueil des nouveaux résidents (CHSLD)</p>	<p>Dans une réunion du CU 3, un membre qui siège aussi à un CR, se questionne sur l'accueil des nouveaux résidents au CHSLD. La chef de service est présente à demi-temps, elle partage son temps avec un autre CHSLD. Cet accueil, quand elle n'est pas là, se fait par une infirmière. Il se demande si elle connaît les gens, la famille. Comme il y a beaucoup de mouvement de personnel, les infirmières qui vont dans ce centre, loin de la ville, c'est pour fournir des services ou elles y débutent leur carrière en attendant qu'un poste se libère. Il se demande, pour recevoir les résidents, si ces infirmières connaissent les bonnes informations, par exemple, sur le CR. (observation, 22 janvier 2015).</p> <p>En entrevue, le président du CU 3 dit : « [l'infirmière à demi-temps] est en remplacement. Elle n'est pas au courant de ce qui s'est passé avant et elle a fait des demandes ou des choses qui pour moi, elle n'était pas à côté de la coche, mais il manque un bout d'information. (...) [Cela n'a pas causé de préjudices aux résidents], c'est plus la précision [de la politique d'accueil des nouveaux résidents] qui va se faire, parce</p>	<p>Situation qui touche le droit des personnes (membre du CU 3)</p>

qu'il y avait quelque chose qui couvrait assez largement le secteur de l'accueil des usagers. [Il faut préciser] l'avant, le pendant, puis après la visite. Avoir une préadmission, pour donner de l'information. Il y a la journée que ça l'arrive et habituellement, 4 à 6 semaines plus tard, il y a des vérifications et des validations. C'est plus formalisé. Les questions sont plus précises. Il y a des choses qui sont ajoutées au niveau de la fin de vie par exemple. La politique du ministère qui dit que tu as 36 heures quand une personne décède pour sortir les affaires, max. Ce n'était pas précisé, mais là, ça va l'être. (...) [pour l'humanisation de la procédure d'accueil], ça dépend de la personne qui fait l'accueil. Mon expérience, ça remonte à quelques années, mais c'est plus technique. Exemple, si jamais vous avez une crise cardiaque, qu'est-ce que l'on fait? On vous réanime automatiquement ou si vous avez telle sorte de problèmes, on laisse la vie courir ou on devient interventionniste et agressif pour régler le problème. La personne fait ses choix, soins de douleurs, soins de me réanimer, mais c'est technique, puis bon, 10 minutes après, c'est la technicienne en nutrition qui vient puis c'est votre fête dans 6 semaines, voulez-vous du poulet ou du filet mignon, allez-vous prendre du vin blanc ou du vin rouge. C'est comme : regarde, je peux-tu rentrer là. (...) Ce que je trouve important, c'est l'autre rencontre au bout de quelques semaines, la personne elle a pris possession de son territoire, elle sait comment ça se passe, je pense que c'est la dimension qui est importante. La première journée, je pense que ce n'est pas nécessaire d'abreuver toute la famille, parce que nous étions quand même deux ou trois aidants, des proches de la personne qui s'en venait en hébergement » (entrevue, 19 mars 2015).

Dans une autre entrevue, une personne membre du CU 3 dit : « quand on entrait pour introduire notre personne parce qu'elle allait recevoir des services c'était une explication très générale de à quoi on pouvait s'attendre. On ne rentrait pas dans un plan d'action qui serait collé au plan d'intervention, une équipe interdisciplinaire disponible dans des situations critiques. C'était plus, est-ce que vous voulez étiqueter tout le linge ou vous voulez le faire étiqueter par notre service de buanderie, ça va coûter tant d'argent. C'était très technique alors que ce qui nous amène à confier notre personne aux services de l'État est tellement lié au diagnostic, à son histoire de vie. Il y avait un décalage entre notre besoin, notre attente, notre désir, il n'est pas dit de la même manière de tout le monde, mais en fait, ça devient secondaire où je vais placer les camisoles par rapport aux pyjamas. C'est vraiment cliniquement, la médication, comment ça va se passer, parce qu'écoutez, il y a augmentation de médicaments chez tous nos clients à leur entrée. Les mesures de contrôle chimique sont largement utilisées. Il y a aussi la mesure de contrôle de la ceinture abdominale, c'est vraiment des boutons magnétiques. C'est utilisé sans le consentement des familles. Ce qui m'apparaît vraiment toucher **le droit des personnes**. On a des normes provinciales et une fois qu'on est en CHSLD, c'est comme si on est plus dans les mêmes alignements. On ne correspond pas aux normes » (entrevue, 18 décembre 2014).

<p>Situation 19 : Résident qui pleure dans sa chambre : aucune préposée ou assistante-infirmière ne va le trouver (CHSLD)</p>	<p>Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « je comprends qu'il y a du monde qui dit que ce sont des personnes qui sont malades, qu'elles sont difficiles à contrôler, mais faut qu'on trouve des moyens. Je ne peux pas accepter, j'ai vu aussi, juste pour vous raconter une histoire. Un monsieur pleurait dans sa chambre, puis il ne semblait vraiment pas bien et il n'y a personne, je n'ai vu personne des préposées, assistants-infirmières et tout ça allez le trouver. Puis c'est une personne, une cliente, une dame qui a presque 100 ans, qui est en fauteuil roulant, qui se promène, qui est allée dans cette chambre-là, puis elle est entrée là, à côté du monsieur, et elle s'est mise à chanter des chansons. Le monsieur s'est calmé immédiatement. On n'a plus rien entendu du monsieur puis elle, elle chantait une chanson pour le calmer. Je me dis qu'il y a quelque chose à faire, mais il faut s'occuper des gens. Il faut aller au-devant. (...) C'est sûr qu'ils [les employés] n'ont pas énormément de temps. C'est ça qui est <b>dommage</b>. C'est une question de coûts. Mais je me dis quelque part, on ne peut pas laisser ces personnes-là comme ça non plus. <b>C'est pénible</b> à voir. De voir un monsieur pleurer dans sa chambre, quand quelqu'un pourrait aller lui parler, peut-être qu'il y a des moyens, peut-être qu'il n'y a pas de moyens non plus, peut-être que le monsieur doit vivre ses émotions et tout ça. Mais je pense qu'il y a des solutions à tout » (entrevue, 18 septembre 2014).</p>	<p>Situation pénible Et Dommage (membre du CU 3)</p>
<p>Situation 20 : Objet remis à Noël aux résidents par le CR a été porté en dérision par les membres du personnel (CHSLD)</p>	<p>Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, raconte qu'une anecdote est venue à ses oreilles. Dans les dernières années, l'objet qui était remis à Noël aux résidents, par le CR, a été porté en dérision par les membres du personnel. Ils ont eu des mots disgracieux (observation, 16 octobre 2014).</p> <p>Dans le PV de la réunion du CU 3 du 16 octobre 2014, on y lit : « il semblerait qu'il y ait eu des propos dérisoires de la part du personnel par rapport au présent de Noël offert (couverture) par le comité à chacun des résidents. Ce présent est significatif de la part du CR et le personnel sera sensibilisé sur le sens du message véhiculé ».</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>
<p>Situation 21 : Changement dans l'horaire du service des repas; l'écart de 4 h entre les repas n'est pas toujours respecté (centre hospitalier)</p>	<p>Une personne membre du CU 3 mentionne à l'adjointe à la DPSP que sa belle-sœur est hospitalisée. Elle dit que les déjeuners sont servis à 9 h, même si elle se fait réveiller à 6 h pour ses prises de sang. Le dîner est servi à 11 h 30 et le souper à 5 h. Il n'y a pas beaucoup de temps entre le déjeuner et le dîner. La représentante de la direction mentionne qu'elle est surprise et va regarder ce qu'elle peut faire (observation, 18 septembre 2014).</p> <p>Dans le PV de la rencontre, il est écrit : « un membre s'interroge sur un possible changement dans l'horaire des repas de l'hôpital, amenant une usagère à avoir reçu son cabaret du petit déjeuner à 9 h. L'adjointe à la DPSP validera auprès des personnes responsables de ce département et rapportera l'information lors d'une prochaine rencontre » (PV de la rencontre du 18 septembre 2014).</p>	<p>Pas de mot particulier qui ressort</p>

	<p>À l'autre rencontre, l'adjointe à la DPSP mentionne qu'il peut arriver que sur les unités gériatriques, il y ait 20 minutes d'écart entre la réception du plateau et la livraison. Le personnel doit parfois amener le résident aux toilettes ou lui prodiguer des soins ou services. Il n'y a pas toujours un écart de 4 heures entre le déjeuner et le dîner. Les cabarets ne sont pas toujours ramassés de façon systématique, par exemple aux mêmes heures. L'adjointe à la DPSP dit que s'il y a une récurrence dans les plaintes, et qu'elles sont nombreuses, on va changer des choses, par exemple dans les pratiques professionnelles, mais que cela ne sera pas facile (observation, 16 octobre 2014).</p> <p>Dans le PV de la réunion du CU 3, il est écrit : « en suivi de l'interrogation soulevée quant au possible changement dans l'horaire du service des repas de l'hôpital, l'adjointe à la DPSP confirme que l'écart de quatre heures entre les repas n'est malheureusement pas toujours respecté, en raison de plusieurs facteurs. Ces exceptions surviennent principalement sur les unités de chirurgie et de gériatrie étant donné la routine du personnel qui est stricte pour ces usagers avant les repas : prise des signes vitaux, administration de médicaments, positionnement au fauteuil, etc. » (PV, rencontre du 16 octobre 2014).</p>	
<p>Situation 22 : Administration des médicaments par les infirmières au père d'un membre du CU 3 (CHSLD)</p>	<p>Un membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « des préposées arrivaient cet été, mon père il prend ses médicaments tels quels, pas broyés, une préposée arrive à 4 heures, elle lui apporte ses médicaments, pensant bien faire elle broie tout cela, les met dans sa compote de pommes, et vient lui donner ça. Mais c'est quand même très amer des médicaments broyés. Lui, il ne prend pas ses médicaments comme ça. Si la préposée avec regardé le plan de soins, elle aurait vu qu'il ne fallait pas les broyer ses médicaments. Je ne dis pas que c'est sa faute complètement non plus, ça fait beaucoup de choses, une première journée sur cet étage-là, j'en ai 14 à m'occuper, ben disons la moitié. (...) Ce que je veux, par rapport à une situation, c'est qu'il y ait amélioration, c'est <b>intenable</b>, il faut qu'on trouve une solution. (...) » (entrevue, 18 septembre 2014).</p> <p>Il a vécu une autre situation avec son père hébergé au CHSLD. Il se trouvait dans la chambre de son père. Une infirmière est rentrée pour lui donner ses médicaments. Elle n'a pas salué, le monsieur du CU 3. Elle est allée tout de suite à son père. Elle a pris le gobelet de médicament et lui a mis près de la bouche pour qu'il les avale toutes. Elle forçait pour qu'il ouvre la bouche. Il dit : « il aurait pu s'étouffer! Ce n'est pas comme cela que mon père prend ses médicaments habituellement. Vous n'avez qu'à prendre une cuillère, avec un verre d'eau, il les prend très bien ». Elle lui répondit : « je n'en ai pas de cuillère ». Une pilule est tombée par terre. Il lui a dit : « eh bien, voulez-vous que j'aille en chercher une? » Elle dit : « bon je vais aller chercher une autre pilule (bête) », parce que l'autre était tombée. Elle est revenue avec une cuillère. Quand elle est partie, son père a dit : « as-tu vu la manière dont elle m'a donné mes pilules? » Quand l'infirmière est sortie de la chambre, elle a refermé la porte, le membre du CU 3 l'a rouverte et lui a dit qu'il voulait lui parler. Elle disait qu'elle n'avait pas le temps. Il est allé voir</p>	<p>Situation intenable (membre du CU 3)</p>

	<p>la chef de service. Cette dernière a dit qu'elle prenait cela en note et qu'elle la rencontrerait tantôt. Elle a bel et bien été rencontrée. Le monsieur du CU 3 l'a revue une autre journée. Il pensait qu'elle était pour venir s'excuser, mais non. Si l'infirmière avait pris le temps de lui parler, il aurait pu comprendre qu'elle était débordée par le travail. Le monsieur dit que par la suite, on reste inquiet. « Mais ce n'est pas une raison pour agir ainsi. Il s'agit d'une personne que l'on doit suivre de près » (mentionne l'adjointe à la DPSP) (observation, 18 décembre 2014).</p>	
<p>Situation 23 : Téléviseurs retirés des fumoirs (CHSLD)</p>	<p>En réunion du CU 3, un membre qui siège aussi à un CR, dit que dans un CHSLD, il semble y avoir un nouveau règlement puisque les téléviseurs ont été retirés des fumoirs. Les résidents de ce CHSLD trouvent qu'il s'agit d'un objet de plainte. Il dit que cette <b>façon de faire est louche</b>. Les résidents ont le droit de recevoir des services. On ne sait pas trop pourquoi les téléviseurs ont été retirés. Il a recueilli des témoignages qui vont dans le sens que les fumoirs sont leurs lieux d'appartenance au groupe qui se tient là. Un autre membre du CU 3 mentionne que lorsqu'il est allé visiter son père, il a vu la même chose (dans un autre centre). Que cette <b>situation est triste</b> parce que les gens aimaient se réunir au fumoir pour discuter et écouter la télévision. C'est un des seuls plaisirs qu'ils ont. Les résidents sont déçus (observation, 19 février 2015).</p> <p>Dans le PV de la réunion du 19 février 2015, il est écrit : « téléviseurs retirés des salles de fumeurs dans tous nos CHSLD : pourquoi? L'adjoint à la DPPA nous fera suivre l'information, mais indique que ce n'est pas un lieu de rassemblement, mais bien un lieu pour aller fumer et en repartir ».</p>	<p>Façon de faire louche (membre du CU 3)</p> <p>Situation triste (membre du CU 3)</p>
<p>Situation 24 : Quarantaines (CHSLD)</p>	<p>Une personne membre du CU 3, qui siège aussi à un CR, dit : « on était en situation d'infection presque en continu (...). [Les dirigeants] fermaient les lieux. On ne pouvait plus aller les voir nos gens. Le pire ayant été près de neuf semaines de galle, en 2012. Je voyais que des préposés ne mettaient pas leurs gants comme le protocole le demandait pour entrer dans la chambre du client. Il y avait des protocoles très exigeants où il y avait beaucoup de manipulation de gants (...). C'était vraiment très lourd pour le personnel. Un préposé (...) manipulait la nourriture sans les gants. Je voyais que le protocole n'était pas suivi par tout le monde de la même manière. L'impact était que non seulement les gens se retrouvaient isolés à leur chambre, mais ils étaient isolés de tous contacts extérieurs. La fille qui aidait la maman à parler au téléphone, elle ne pouvait pas entrer pour parler à d'autres membres de sa famille. J'ai fait des mégas crises qui n'ont rien donné. [Les membres du personnel] ne me laissaient pas passer. Je leur disais, je suis complètement habillée comme vous autres et je suis capable d'appliquer le protocole. Je veux voir mon mari parce qu'il va se détériorer les jours qu'il ne me verra pas. J'ai gagné des points sur certaines choses, quand il y avait des remplacements de personnels (...). Il y avait des inégalités, quelqu'un qui était connu de plus longue date, peut-être avec un autre statut social, pouvait avoir une autorisation d'aller voir son mari. Il y avait des passes droites. On était vraiment dans une microculture,</p>	<p>Négligence Et Problème sous-évalué (membre du CU 3)</p>



---

très difficile à saisir. C'était souffrant. Le médical et le sanitaire (...) il y a beaucoup, beaucoup de **négligences** » (entrevue, 18 décembre 2014).

Lors d'une réunion du CU 3, elle mentionne que les quarantaines sont très difficiles sur le plan psychologique. Elles risquent de faire perdre le contact établi, après de nombreux efforts, avec son proche. Elle demande à l'adjoint à la DPPA « pourquoi on ne peut pas intégrer le fait que le proche parent, le plus significatif pour le résident, puisse apprendre et respecter les mêmes normes que les employés afin de pouvoir continuer de le visiter. Cela est nécessaire pour le maintien du psychisme ». Elle dit que c'est réellement **un problème sous-évalué** par les CU, les CR et la direction. « Il faut trouver des façons d'agir. (...) [de] voir au-delà du médical. S'il y a des normes anciennes du Québec établies depuis des années, il serait peut-être temps de voir comment il est possible de les bonifier, de les remanier pour répondre le mieux possible aux besoins des résidents » (observation, 19 février 2015).

---